

Evaluación de la pérdida de memoria: primera visita de control

(Nombre)

<p>Problemas relacionados con el cuidado Cuidador: _____</p> <p>Recursos del cuidador: 1= óptimo, 4= pésimo 1. Tiempo _____ 2. Destreza _____ 3. Ayuda _____ 4. Confianza _____ 5. Dinero _____ 6. Salud _____</p> <p>Factores estresantes para el cuidador: 7. Actividades instrumentales de la vida diaria _____ 8. Actividades básicas de la vida diaria _____ 9. Cognitivos _____ 10. Vergüenza _____</p> <p>Información: 11. Instrucción preliminar S/N 12. Conducción S/N</p>	<p>Índice de riesgo potencial:</p> <p>Historial adicional:</p> <p>Revisión adicional de sistemas:</p> <p>Laboratorio, imagenología:</p> <p>Examen físico: Presión _____ Pulso _____ Temperatura _____ Peso _____ Kg Estatura _____ cm</p> <p>Evaluación del diagnóstico: (nivel de trastorno cognitivo, causa probable, patologías comórbidas)</p> <p>Recomendaciones: Tratamiento:</p> <p>Referencias:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Neuropsicología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Otra _____</p>
---	---

- Information:**
- Conducción y pérdida de memoria
 - Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer
 - Instrucciones preliminares en la pérdida de memoria
 - Comprensión de la enfermedad de Alzheimer
 - Comprensión de la enfermedad de Alzheimer
 - Listado de recursos locales

Evaluación de la pérdida de memoria: primera visita de control

Date: _____	Story of the Memory Problem		ROS
Age: _____	Record your version of the history of the dementing illness from the family questionnaire in Tools, pp.17-18, and your interview of the patient and caregiver		circle positives personality speech weakness judgment confusion alertness delusions hallucinations emotional sensory mouth fall, injury balance snore short of breath cough bowel hematochezia sex dysfxn incontinence joint pain extremities skin appetite thirst fatigue sleep wt change food
Fam Rpt: Beh <i>3=unable; 0=able</i>	Fam Rpt: Beh <i>3=unable; 0=able</i>		
checkbox _____ taxes _____ shopping _____ games _____ stove _____ meal prep _____ events _____ TV, book _____ appointments _____ travel _____ score _____	Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15		
Past Med Hx	Current medical history		
check positives HTN <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> thyroid <input type="checkbox"/> cholesterol <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> neuropathy <input type="checkbox"/> periph vasc <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> head injury <input type="checkbox"/> Parkinson's <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> drug abuse <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> ICH <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> hear, vision <input type="checkbox"/> vitamin def <input type="checkbox"/>	Describe active problems with potential impact on cognitive function		Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29
Former medical/surgical history			
	Record information here from the questions on past medical history (p.21) in the family questionnaire in Tools, pp. 19-29		
Psychiatric history			Record information here from questions on pp. 24,26 in the family questionnaire in Tools, pp. 19-29
Medications	Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp. 19-29, or your own version		
Positives (FHx, occup., habits, function)			
Fam Hx	Record information here from questions on p. 26 in the family questionnaire in Tools, pp. 19-29		
dementia <input type="checkbox"/> Parkinson's <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Down's <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/>			Education _____ yrs.
			Employment _____
			metals ECT boxer
			Health Habits:
			Tobacco _____ pk-yrs
			Alcohol _____ day