

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE CALIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN PARA LA DEMENCIA (HMO CSNP)

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA LA CALIFICACIÓN

Si marca cualquiera de las siguientes opciones, el candidato califica previamente.

¿Alguna vez le ha dicho algún médico que tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD) |
| <input type="checkbox"/> Demencia frontotemporal (FTD) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington (HD) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pick (PiD) | <input type="checkbox"/> Demencia vascular |
| <input type="checkbox"/> Deterior cognitivo leve (MCI) | <input type="checkbox"/> Demencia por infarto múltiple (MID) |
| <input type="checkbox"/> Demencia de cuerpos de Lewy (DLB) | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia normotensiva (NPH) |

PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS

1. ¿Está tomando en este momento medicamentos para una enfermedad indicada anteriormente o alguna vez los ha tomado? Sí No

2. ¿Qué medicamento está tomando? _____

MÉDICO PRIMARIO: _____

Nombre del médico

Su clínica o ubicación y número de teléfono

ESPECIALISTA: _____

Nombre del especialista

Su clínica o ubicación y número de teléfono

Firma del candidato:	Fecha:
----------------------	--------