

Formulario de datos sobre el paciente (Opcional)

DNI: _____ Fecha: _____ Iniciales del examinador: _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Diagnóstico: _____

Tiempo aproximado desde el comienzo de los síntomas: _____

Edad: _____ Español como lengua materna: _____ Sí _____ No

Lugar de residencia: _____ Zona urbana _____ Zona rural (elija la categoría que más se aproxime)

Años de estudio (empezando por primero de primaria): _____

Profesión pasada o actual: _____

Enfermedad neurológica previa o trauma: _____ Sí _____ No

Historial médico previo—Antes de la enfermedad o diagnóstico actual		
---	--	--

- | | | |
|---|--------------|--------------|
| 1. Diagnóstico o enfermedad neurológica | | |
| Especifique: _____ | _____ No (1) | _____ Sí (2) |
| 2. Pérdida de conciencia durante más de unos pocos minutos | _____ No (1) | _____ Sí (2) |
| 3. Historial de trastorno del aprendizaje | _____ No (1) | _____ Sí (2) |
| 4. Otras enfermedades crónicas (p. ej., lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica) | _____ No (1) | _____ Sí (2) |
| 5. Cardiopatía | _____ No (1) | _____ Sí (2) |
| 6. Hospitalización por una enfermedad psiquiátrica | _____ No (1) | _____ Sí (2) |

Adultos mayores

¿Recibe alguna ayuda con las actividades diarias? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, ¿quién le ayuda y qué hace por usted?

¿Paga sus propias facturas, organiza su propia medicación y prepara sus propias comidas?

_____ Sí _____ No

¿Organiza su propio horario? _____ Sí _____ No