

Informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

Este cuestionario debería completarlo la persona que ayudará al paciente si el problema de memoria se agrava.

Mi nombre es: _____

Mi teléfono es: _____

Nombre del paciente: _____

Indique su relación con el paciente que padece el problema de memoria (su ser querido).

Cónyuge *Hijo(a)* *Pariente* *Amigo(a)*
Otro: _____

1. ¿Tiene tiempo suficiente para ayudar si el problema de memoria se agrava?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

2. ¿Cree tener las habilidades para ayudar si el problema de memoria se agrava?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

3. ¿Habrá otras personas que le ayuden a atender al paciente, de ser necesario?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

4. ¿Cuenta con alguien con quien hablar sobre sus problemas personales?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

5. ¿Posee dinero suficiente para comprar las pequeñas cosas que hacen que valga la pena vivir la vida?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

6. ¿Cómo es su salud?

Excelente	Buena	Regular	
Mala			
(1)	(2)	(3)	(4)

7. ¿Se siente estresado(a) por su actual necesidad de realizar las actividades que antes realizaba su ser querido, como conducir, ir de compras, administrar las finanzas y los medicamentos?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

8. ¿Le estresa su actual necesidad de tener que ayudar a su ser querido a vestirse, bañarse, ir al baño o comer?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

9. ¿Le estresa la dificultad de su ser querido para recordar o repetir cosas, su pérdida de interés en actividades usuales o su cambio de personalidad?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

10. ¿Le avergüenza el problema de memoria de su ser querido?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

11. ¿Ha hablado con su ser querido acerca de las decisiones de tratamiento en caso de fallecer (por ejemplo, resucitación cardíaca)?

<i>No</i>	<i>Si</i>
-----------	-----------

12. ¿Conduce su ser querido?

<i>No</i>	<i>Si</i>
-----------	-----------

Puntuación del informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

Instrucciones

Asigne una puntuación de 1 a 10 a las respuestas de las preguntas del cuestionario de acuerdo con el número de puntos que se indica bajo cada opción. Registre estas puntuaciones y las respuestas a las preguntas 11 y 12 en la parte izquierda del formulario Evaluación de pérdida de la memoria: primera visita de control.