

Formato de Tamizaje y Plan de Atención Centrado en la Persona Mayor

Nombre de la persona mayor:			
Edad (años):		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de aplicación:
Persona que aplicó:			

Instrucciones: marque las casillas que correspondan según las repuestas de la persona mayor.

Condiciones prioritarias asociadas con disminución de capacidad funcional	Valoraciones	Si ninguno está presente, no requiere valoración complementaria	Si está presente requiere valoración complementaria
Cognitivo	1. Evocación de 3 palabras: Flor, puerta, arroz (por ejemplo)		
	2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Dónde estamos en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí supo ambas preguntas	<input type="checkbox"/> No supo o se equivocó en alguna de las respuestas
	3. ¿Recuerda las 3 palabras?: (Flor, puerta, arroz)	<input type="checkbox"/> Sí recordó las 3 palabras	<input type="checkbox"/> No recordó las 3 palabras
Vitalidad	4. Pérdida de peso: ¿Ha perdido más de 3kg en los últimos 3 meses sin proponérselo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	5. Pérdida de apetito: ¿Ha tenido disminución o pérdida del apetito?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Sensorial	Visión 6. ¿Tiene algún problema en sus ojos?: Dificultad para ver de lejos, para leer, enfermedades oculares o uso de algún tratamiento médico (diabetes, presión arterial alta).	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Audición 7. Aplique alguna de las siguientes pruebas: - Prueba del susurro - Aplicación móvil hearWHO o prueba de audición - Audiometría portátil	<input type="checkbox"/> Sí pasó la prueba	<input type="checkbox"/> No pasó la prueba
Psicológico	8. En las últimas 2 semanas: ¿Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Movilidad	9. Prueba de levantarse de la silla: Levantarse 5 veces de la silla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿La persona realizó los 5 levantamientos de la silla en 14 seg. o menos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Entorno	10. Preguntar a la persona mayor: ¿Le cuesta cubrir sus gastos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Se siente solo/a?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Tiene dificultad para dedicarse a actividades de su interés que son importantes para usted?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí



EVALUACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

ANTECEDENTES

Fecha de evaluación:		Número de expediente:	
Nombre (s):			
Apellidos (s):			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CURP:	Número de gratuidad:		
Lugar de Nacimiento:			
Domicilio actual:			
Número telefónico:			
Nombre del cuidador:			
Teléfono del cuidador:			
Evaluación	<input type="checkbox"/> Primera vez	<input type="checkbox"/> Subsecuente	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos
Tipo de población	<input type="checkbox"/> Adulto mayor <input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Etapa terminal <input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Aislamiento
Vía de ingreso	<input type="checkbox"/> Barrido <input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Vía oficial	<input type="checkbox"/> Solicitud no oficial <input type="checkbox"/> Otro: _____
Voluntad anticipada:		Número de voluntad anticipada:	
Situación conyugal	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo: años <input type="checkbox"/> Unión libre
Nivel de escolaridad	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Medio superior <input type="checkbox"/> Posgrado
Ocupación actual	<input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
Forma de manutención	<input type="checkbox"/> Sin pensión <input type="checkbox"/> Pensión (IMSS, ISSSTE, otra)	<input type="checkbox"/> Aportaciones hijos(as) <input type="checkbox"/> Pensión adulto mayor	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Año de retiro
¿Con quién vive?	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Asilo	<input type="checkbox"/> Vida comunitaria <input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Amigo/conocido
Vacunas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> COVID-19 (Especificar tipo y fecha): _____	<input type="checkbox"/> Influenza (año)	<input type="checkbox"/> Neumococo (año) <input type="checkbox"/> Otras: _____

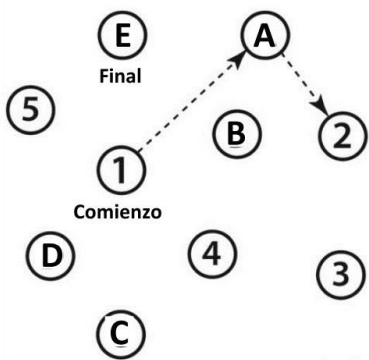
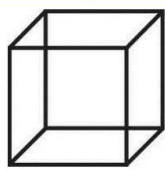
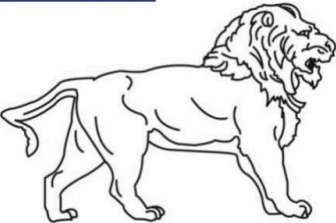
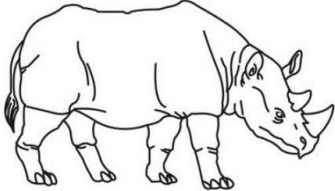
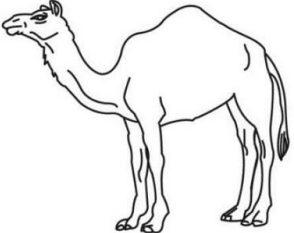
Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico
	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Demencia
	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma
	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Dolor crónico
	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/> Temblor esencial	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad: _____
Autopercepción del estado de salud			
Comparada con otras personas de su edad ¿usted diría que su salud general es?	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Peor
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia:	
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia:	

Red de soporte social			
En caso de ser necesario ¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo en su atención médica?	Si	No	¿Quién? _____
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para realizar sus Actividades Básicas de la Vida Diaria?	No		Si
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria?	No		Si
Número de hijos:	Total: _____	Hombres: _____	Mujeres: _____
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?	Si		No
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar sobre sus propios asuntos?	Si		No
¿Se siente amenazado por alguien?	Si		No
¿Conserva y mantiene contacto con sus amistades?	Si		No
¿Cuenta con quién compartir sus preocupaciones y satisfacciones?	Si		No
¿La vivienda donde habita tiene humedades o filtraciones o requiere alguna adaptación para favorecer su movilidad?	Si		No

Padecimiento actual

EVALUACIÓN COGNITIVA

Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)
Evaluación Cognitiva Montreal

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA				Copiar el cubo <input type="checkbox"/>	Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)	PUNTOS		
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	
IDENTIFICACIÓN							PUNTOS	
		[]	[]	[]			[]	
		[]	[]	[]			[]	
		[]	[]	[]			[]	
		[]	[]	[]			[]	
		[]	[]	[]			[]	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	
		1 ^{er} INTENTO	[]	[]	[]	[]	[]	
		2 ^o INTENTO	[]	[]	[]	[]	[]	
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden.	[] 2 1 8 5 4				Ningún punto	
		El paciente debe repetirlos en orden inverso.	[] 7 4 2				[]/2	
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.	[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				[]/1	
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100.	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	
		4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos						[]/3
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy.	[]				[]/2	
		El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación.	[]				[]/2	
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto.	[] ____ (N ≥ 11 palabras)				[]/1	
ABSTRACCIÓN		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta	[] tren-bicicleta		[] reloj-regla			[]/2
RECUERDO DIFERIDO		Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	
		Puntuación de la escala de memoria (MIS)	X3	[]	[]	[]	[]	
		X2 Pista de categoría	[]	[]	[]	[]	[]	
		X1 Pista de elección múltiple	[]	[]	[]	[]	[]	
		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente MIS = ____ / 15						[]/5
ORIENTACIÓN		[] Fecha	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad	
		[]/6						[]/6
		© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: ____/15 (Normal ≥ 26/30)						[]/6

MIS: ____/15

Escolaridad en años: ____ *Añadir un punto si tiene 12 o menos años (Normal > 26/30)

Total ____/30

EVALUACIÓN VITALIDAD

Mini Evaluación Nutricional MNA®					
¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?				[]	
0 = ha comido mucho menos		1 = ha comido menos		2 = ha comido igual	
Pérdida reciente de peso (<3 meses)				[]	
0 = pérdida de peso >3kg	1 = no lo sabe	2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg	3 = no ha habido pérdida de peso		
Movilidad				[]	
0 = de la cama al sillón		1 = autonomía en el interior		2 = sale del domicilio	
¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?				[]	
0 = sí			2 = no		
Problemas neuropsicológicos				[]	
0 = demencia o depresión grave		1 = demencia moderada		2 = sin problemas psicológicos	
Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / estatura en m) ²				[]	
0 = IMC <19	1 = IMC ≥19 < 21	2 = IMC ≥21 < 23	3 = IMC ≥ 23		
¿El paciente vive independiente en su domicilio?				[]	
[1] Sí [0] NO					
¿Toma más de 3 medicamentos al día?				[]	
[0] Sí [1] NO					
¿Úlceras o lesiones cutáneas?				[]	
[0] Sí [1] NO					
¿Cuántas comidas completas toma al día?				[]	
0 = 1 comida		1 = 2 comidas		2 = 3 comidas	
Consume el paciente					
• ¿Productos lácteos al menos una vez al día?			[1] Sí [0] No		
• ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?			[1] Sí [0] No		
• ¿Carne, pescado o aves, diariamente?			[1] Sí [0] No		
		0-1 sí= 0.0	2 sí= 0.5	3 sí= 1.0	[]
¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?				[]	
[1] = Sí [0] = NO					

¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)			[]
0.0 = menos de 3 vasos	0.5 = de 3 a 5 vasos	1.0 = más de 5 vasos	
Forma de alimentarse			[]
0 = necesita ayuda	1 = se alimenta solo con dificultad	2 = se alimenta solo sin dificultad	
¿Se considera el paciente que está bien nutrido?			[]
0 = malnutrición grave	1 = no lo sabe o malnutrición moderada	2 = sin problemas de nutrición	
¿En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?			[]
0.0 = peor	0.5 = no lo sabe	1.0 = igual	2.0 = mejor
Circunferencia de brazo no dominante (CB en cm)			[]
0.0 = CB < 21	0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1.0 = CB > 22	
Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)			[]
0 = CP < 31	1 = CP ≥ 31		
Puntaje Evaluación global: _____			
Evaluación del estado nutricional			
<input type="checkbox"/> 24 a 30 puntos: sin desnutrición	<input type="checkbox"/> 17 a 23.5 puntos: riesgo de desnutrición	<input type="checkbox"/> Menos de 17 puntos: desnutrición	

EVALUACIÓN SENSORIAL

Evaluación de la agudeza visual					
Peek acuity:	Resultado				
	Derecho	____/____	Izquierdo	____/____	
		____/____		____/____	
	Observaciones		Observaciones		
¿Tiene usted problemas para escuchar?					
No			Si (aplicar prueba de audición)		
Prueba de audición (Aplicación móvil)					
Audiometría (umbrales auditivos)					
Oído izquierdo	Normal ≤ 20 dB	Déficit auditivo leve 21-40 dB	Déficit auditivo moderado 41-60 dB	Déficit auditivo grave 61-80 dB	Déficit profundo/sordera >80 dB
Oído derecho	Normal ≤ 20 dB	Déficit auditivo leve 21-40 dB	Déficit auditivo moderado 41-60 dB	Déficit auditivo grave 61-80 dB	Déficit profundo/sordera >80 dB

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Subpuntaje:	0	____+	____+	____+
Puntaje total:	_____			
Pautas de interpretación	<ul style="list-style-type: none"> • 0-4 = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos. • 5-9 = síntomas depresivos leves. • 10-14 = síntomas depresivos moderados. • 15-19 = síntomas depresivos moderados a graves. • 20-27 = síntomas depresivos graves. 			

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

EVALUACIÓN MOVILIDAD
Fuerza de prensión manual

	Primera medición	Segunda medición	Tercera medición
Mano izquierda	_____ (kg)	_____ (kg)	_____ (kg)
Mano derecha	_____ (kg)	_____ (kg)	_____ (kg)
Observaciones			

Velocidad de marcha

Si la persona ya utiliza un auxiliar de la marcha (bastón, andadera, etc.) puede emplearlo durante la prueba.

Explique a la persona que le realizará una prueba para medir su velocidad para caminar, y que lo haga a su paso (velocidad) habitual.

Indíquele a la persona el punto de partida y el punto de fin del trayecto donde deberá caminar.

Mida con el cronómetro el tiempo que le toma a la persona caminar el trayecto de 6 metros.

Para calcular la velocidad de marcha, realice la siguiente división: 6 (que corresponde a los metros recorridos) entre los segundos que le tomó a la persona recorrerlos, obteniéndose así la velocidad en m/seg.

Velocidad marcha (cm/segundos): _____ m/seg

TUG: prueba cronometrada de levantarse y andar

Solicitando a la persona mayor que se levante de la silla, camine **tres metros** hacia adelante, de la vuelta, regrese y vuelva a sentarse en la silla. Cronometrando la actividad desde que la persona mayor se levanta de la silla, camina, gira, regresa y vuelve a sentarse completamente en la silla.



Tiempo: _____ segundos

INTERPRETACIÓN

[<10 segundos]

Normal




[11-13 segundos]

Discapacidad leve de la movilidad

[>13 segundos]

Riego elevado de caídas



Prueba corta de desempeño físico (SPPB)
1. PRUEBA DE BALANCE

	A. Pararse con los pies uno a cada lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Se rehúsa	[0 puntos]
		NO	[0 puntos]
		SÍ	[1 punto]
	B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Se rehúsa	[0 puntos]
		NO	[0 puntos]
		SÍ	[1 punto]
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? tiempo en seg _____ (máx. 15)	Se rehúsa	[0 puntos]
		<3.0 seg. o no lo intenta	[0 puntos]
		3.0 a 9.99 seg.	[1 punto]
		10 a 15 seg.	[2 puntos]
SUBTOTAL 1 (A+B+C)		PUNTOS:	___/4

2. VELOCIDAD DE MARCHA (RECORRIDO DE 4 METROS)
Tiempo requerido para recorrer la distancia

A. Primera medición Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba	Seg: _____
B. Segunda medición Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba	Seg: _____
CALIFICACIÓN DE LA MEDICIÓN MENOR	>8.70 seg. [1 punto]
	6.21 a 8.70 seg. [2 puntos]
	4.82 a 6.20 seg. [3 puntos]
	<4.82 seg. [4 puntos]
SUBTOTAL 2	PUNTOS: ___/4

3. PRUEBA DE LEVANTARSE CINCO VECES DE UNA SILLA

	A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a b) ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos?	Se rehúsa
		[0] NO finaliza la prueba.
	B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla.	[1] SÍ
		Incapaz o tarda > 60 seg [0 puntos]
		16.7 a 60 seg. [1 punto]
		13.7 a 16.69 seg [2 puntos]
		11.2 a 13.69 seg [3 puntos]
		<o igual 11.19 seg. [4 puntos]
SUBTOTAL 3	PUNTOS: ___/4	
TOTAL PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)		PUNTOS: ___/12
<input type="checkbox"/> ≤ 9 puntos: desempeño físico bajo		<input type="checkbox"/> 10 o más: Normal

Selección de programa de ejercicio físico multicomponente

Puntuación SPPB	Velocidad de Marcha (6m) *	Tipo de pasaporte Vivifrail	
0-3	< 0,5 m/s	A Persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>
4-6	0,5 - 0,8 m/s	B Persona con fragilidad	<input type="checkbox"/>
		B+ Persona con fragilidad y riesgo de caídas	<input type="checkbox"/>
7-9	0,9 - 1 m/s	C Persona con pre-fragilidad	<input type="checkbox"/>
		C+ Persona con pre-fragilidad y riesgo de caídas	<input type="checkbox"/>
10-12	> 1 m/s	D Persona robusta	<input type="checkbox"/>

Si la persona mayor tiene riesgo de caídas, seleccione el programa con el símbolo “+” (B+ o C+).

* Si por limitaciones en la persona mayor no es posible completar SPPB, se utilizarán los valores de velocidad de marcha (6 metros).

FRAIL

	[0] No	[1] Si	INTERPRETACIÓN [0 puntos] robustez o sin fragilidad [1-2 puntos] probable pre-fragilidad [3 o más puntos] probable fragilidad
¿Se siente usted fatigado/a?			
¿Tiene usted dificultad para subir un piso de escaleras?			
¿Tiene usted dificultad para caminar una cuadra?			
¿Tiene usted más de 5 enfermedades?			
¿Ha perdido sin querer 5 o más kilogramos en los últimos 6 meses?			
Puntaje total			

SARC-F

	[0]	[1]	[2]	INTERPRETACIÓN 4 o más puntos (Alta probabilidad de sarcopenia) 0-3 puntos (Baja probabilidad de sarcopenia)
Subir escaleras ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de 10 escaleras?	Ninguna	Alguna	Mucha o incapaz sin ayuda	
Atravesar un cuarto ¿Cuánta dificultad tiene para caminar y atravesar un cuarto?	Ninguna	Alguna	Mucha o incapaz sin ayuda	
Resistencia en silla ¿Cuánta dificultad tiene para levantarse de la cama y pasar a la silla?	Ninguna	Alguna	Mucha o incapaz sin ayuda	
Caídas ¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna	1 a 3 caídas	4 o más caídas	
Fuerza ¿Cuánta dificultad le ocasiona levantar un objeto de 5 kilogramos? (ej. Tres bolsas de cebollas)	Ninguna	Alguna	Mucha o incapaz sin ayuda	
Puntaje total				

EVALUACIÓN SOCIAL

Escala de recursos sociales Older American and Resource Socials (OARS)	
1. ¿Su estado civil es?	<input type="checkbox"/> Soltero (a). <input type="checkbox"/> Casado(a) o Unión Libre. () Viudo (a). <input type="checkbox"/> Divorciado (a). <input type="checkbox"/> Separado (a).
2. Instrucción: Si la respuesta es casado(a), pregunte: ¿Vive su esposa(a)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
3. ¿Con quién vive usted? (Anote más de un número cuando sea necesario)	<input type="checkbox"/> Nadie. <input type="checkbox"/> Esposo (a). <input type="checkbox"/> Hijos (as). <input type="checkbox"/> Nietos (as). () Padres. <input type="checkbox"/> Hermanos (as). <input type="checkbox"/> Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores. <input type="checkbox"/> Amigos (as). <input type="checkbox"/> Cuidadores pagados. () Otros (especifique).
4. ¿Con cuántas personas vive?	
5. ¿En el último año, cuántas veces visitó a su familia, amigos, durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?	<input type="checkbox"/> Nunca. <input type="checkbox"/> Cada seis meses. () <input type="checkbox"/> Cada tres meses. () <input type="checkbox"/> Cada mes. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones. () <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> 1 – 3 veces a la semana. <input type="checkbox"/> Más de cuatro veces a la semana.
6. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?	<input type="checkbox"/> Ninguna. <input type="checkbox"/> Una ó dos. <input type="checkbox"/> De tres a cuatro. () <input type="checkbox"/> Cinco ó más.
7. ¿En la última semana, cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros, ya sea porque les llamará usted o ellos le llaman? (Aunque el sujeto carezca de teléfono la pregunta sigue haciéndose).	<input type="checkbox"/> Ninguna vez. <input type="checkbox"/> Una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Dos a seis veces a la semana. <input type="checkbox"/> Más de seis veces a la semana. () <input type="checkbox"/> Una vez al día.
8. ¿Cuántas veces en la última semana pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted, ya sea porque lo visitaron, usted los visitó o salieron juntos?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez () <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2-6 veces al día <input type="checkbox"/> Más de seis veces al día.
9. ¿Tiene alguien en quien confiar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique:

<p>10. ¿Se encuentra solo(a) o se siente en soledad a menudo, a veces o casi nunca?</p>	<p><input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>11. ¿Ve a sus familiares y amigos a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?</p>	<p><input type="checkbox"/> Algo triste por la poca frecuencia <input type="checkbox"/> Tan a menudo como quisiera.</p>
<p>12. Si alguna vez necesitase ayuda por encontrarse enfermo(a) o incapacitado(a) ¿Tendría quién le prestase ayuda, por ejemplo: su esposa(o), un miembro de su familia o un amigo(a)?.</p>	<p><input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí. <i>Si ha contestado Sí pregunte “A” y “B”</i></p>
<p>A.- ¿Esa persona cuidaría de usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo de forma pasajera (para ir al médico, haciendo la comida, etc) <input type="checkbox"/> Durante un corto período de tiempo (semanas hasta seis meses) <input type="checkbox"/> De forma indefinida.</p> <p>B.- ¿Quién sería esa persona?</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____</p>	
<p>13. ¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Muy insatisfactoria <input type="checkbox"/> Insatisfactoria <input type="checkbox"/> Muy satisfactoria <input type="checkbox"/> Satisfactoria</p>
<p>Sugerencias o pautas de interpretación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelentes recursos sociales. Las relaciones sociales son muy satisfactorias (<i>pregunta 13</i>) y amplias (conoce cinco o más personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; tiene una persona en quien confiar, vive con cuatro o más personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez por semana) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente. 2. Buenos recursos sociales. Las relaciones sociales son satisfactorias (<i>pregunta 13</i>) y adecuadas (conoce de tres a cuatro personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono de dos a seis veces por semana; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con tres personas, visita familiares o amigos por lo menos de una a tres vez al mes) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo. 3. Recursos sociales ligeramente deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con dos personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez cada tres meses) por lo menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo. 4. Recursos sociales moderadamente deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; no tiene personas en quien confiar, vive solo o con una persona, visita familiares o amigos cada tres meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo, o bien de vez en cuando. 5. Recursos sociales bastante deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono una vez por semana al menos; no tiene personas en quien confiar, vive solo o con una persona, visita familiares o amigos cada seis meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo y solo se conseguiría ayuda de vez en cuando. 6. Recursos sociales totalmente deteriorados. Las relaciones sociales son muy insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, ninguna vez habla ni le hablan por teléfono; no tiene personas en quien confiar, vive solo, nunca visita familiares o amigos) y no se podría obtener ayuda de vez en cuando.

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Seleccione los resultados de la evaluación de acuerdo al tamizaje realizado a la persona mayor y las condiciones asociadas identificadas.

Dominio	Resultado de la evaluación:	Condiciones asociadas
Cognitivo	<input type="checkbox"/> Sin deterioro cognitivo. <input type="checkbox"/> Posible deterioro cognitivo.	<input type="checkbox"/> Prevención y manejo enfermedades cardiovasculares y metabólicas. <input type="checkbox"/> Manejo de problemas osteoarticulares.
Vitalidad	<input type="checkbox"/> Sin desnutrición. <input type="checkbox"/> Posible desnutrición.	
Sensorial	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial visual. <input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial visual.	<input type="checkbox"/> Manejo de fragilidad y sarcopenia. <input type="checkbox"/> Ofrecer consejos para la micción y defecación. <input type="checkbox"/> Manejo de enfermedades oculares.
	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial auditivo. <input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial auditivo.	
Psicológico	<input type="checkbox"/> Sin presencia de síntomas depresivos. <input type="checkbox"/> Presencia de síntomas depresivos.	<input type="checkbox"/> Ofrecer consejos sobre cuidados de la piel.
Movilidad	<input type="checkbox"/> Sin movilidad afectada.	<input type="checkbox"/> Higiene del sueño.
	<input type="checkbox"/> Movilidad afectada.	
Condiciones del entorno	<input type="checkbox"/> Vivienda. <input type="checkbox"/> Ingresos. <input type="checkbox"/> Soledad. <input type="checkbox"/> Participación social. <input type="checkbox"/> Maltrato.	<input type="checkbox"/> Se requiere asistencia y apoyo personal para las actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Evaluar la carga de quien cuida. <input type="checkbox"/> Soporte para quien cuida. <input type="checkbox"/> Modificaciones del entorno físico para reducir el riesgo de caídas. <input type="checkbox"/> Valoración para ayudas técnicas. <input type="checkbox"/> Fomentar comidas sociales y familiares. <input type="checkbox"/> Apoyo para la provisión y preparación de alimentos. <input type="checkbox"/> Entregar listado de recursos comunitarios.

OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA MAYOR

¿Qué es lo más importante en la vida de la persona mayor?

¿Cuáles son sus objetivos concretos respecto a su vida?

¿Cuáles son sus objetivos respecto a su salud?

Objetivos del plan de atención (los más importantes y que haya priorizado la persona mayor y que cumplen con los criterios SMART: específicos, medibles, alcanzables/factibles, relevantes/razonables, a cumplirse en un tiempo definido).

Corto plazo (0-3 meses):

Mediano plazo (3-6 meses):

Largo plazo (6-12 meses):

INTERVENCIONES PROPUESTAS A LA PERSONA MAYOR**

** Consulte mayor información: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331913/COVID-19-emergency-guidance_ageing-annex1-eng.pdf?sequence=16&isAllowed=y (página 4-10)

Elaboró:

Nombre(s) y apellido(s) completos	Firma