

INFORME DE LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA PÉRDIDA DE LA FUNCIONALIDAD EN PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES

Nombre y apellidos del entrevistador: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONA MAYOR

Número de expediente/afiliación: _____

Nombre(s) y apellidos: _____ Sexo: H M

Fecha de nacimiento: _____ Edad (en años): _____

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DETERMINADOS

Mujer	<input type="checkbox"/>
75 o más años de edad	<input type="checkbox"/>
12 años o menos de escolaridad	<input type="checkbox"/>
10 años o menos de trabajo remunerado	<input type="checkbox"/>

1. Hábitos de Vida

Recomendaciones

Sedentarismo prolongado o ejercicio insuficiente	<input type="checkbox"/>	Realizar actividad física	<input type="checkbox"/>
Extenuación	<input type="checkbox"/>	Realizar actividad física	<input type="checkbox"/>
Dificultad para trasladarse (caminar, subir escaleras)	<input type="checkbox"/>	Rehabilitación	<input type="checkbox"/>
Dificultad para cargar	<input type="checkbox"/>	Rehabilitación	<input type="checkbox"/>
Consumo etílico	<input type="checkbox"/>	Dejar de tomar	<input type="checkbox"/>
Consumo tabáquismo	<input type="checkbox"/>	Dejar de fumar	<input type="checkbox"/>
Exposición a humo	<input type="checkbox"/>	Evitar la exposición	<input type="checkbox"/>
Alimentación no saludable	<input type="checkbox"/>	Alimentarse sanamente	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	Higiene de sueño	<input type="checkbox"/>
Somnolencia diurna	<input type="checkbox"/>	Somnolencia diurna	<input type="checkbox"/>
Nocturia	<input type="checkbox"/>	Acudir con el médico (restricción y redistribución de ingesta de líquidos)	<input type="checkbox"/>

Continúa al reverso

2. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Percepción de mala salud	<input type="checkbox"/>	Resiliencia	<input type="checkbox"/>
Déficit auditivo	<input type="checkbox"/>	Audiólogo	<input type="checkbox"/>
Déficit visual	<input type="checkbox"/>	Oftalmólogo	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Nutriólogo	<input type="checkbox"/>
Índice de masa corporal (<18.5 o >29)	<input type="checkbox"/>	Nutriólogo	<input type="checkbox"/>
Dolor discapacitante	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	Médico y ejercicios de Kegel	<input type="checkbox"/>
Morbilidad crónica	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Edentulismo parcial (<20 dientes)	<input type="checkbox"/>	Odontólogo	<input type="checkbox"/>
Polifarmacia	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de caídas	<input type="checkbox"/>	Médico y rehabilitador	<input type="checkbox"/>

3. ASPECTOS SOCIALES

Vive solo	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
No propietario de la vivienda	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
Sin apoyo en caso de problema enfermedad	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
Ingreso insuficientes	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
Insatisfacción con la convivencia familiar	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
Autonomía limitada	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
Sospecha de maltrato	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
No actividades recreativas o de esparcimiento	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>
No convivencia con amistades	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Sospecha de depresión	<input type="checkbox"/>	Médico y/o psicólogo	<input type="checkbox"/>
Sospecha de deterioro cognitivo o demencia	<input type="checkbox"/>	Psicólogo y/o médico	<input type="checkbox"/>
Sospecha de ansiedad	<input type="checkbox"/>	Médico y/o psicólogo	<input type="checkbox"/>

Observaciones: