

Ficha del estado de salud de la persona mayor
FICHA DEL ESTADO DE SALUD

Antecedentes familiares (abuelos, padres, hermanos) con diagnóstico de demencia/problema de memoria

En los siguientes apartados marque con una X según corresponda

Pregunte a la persona mayor ¿ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Infarto al corazón | <input type="checkbox"/> Trastornos del dormir |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebral-vascular | <input type="checkbox"/> Negadas |

Observaciones

Cambios en su peso corporal en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Consumo actual alcohol	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------------------	---

Consumo actual de tabaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------------------	---

Consumo diario de más de tres medicamentos diferentes en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Consumo de medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------------------------	---

Duerme bien	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------	---

Escucha bien con o sin auxiliar auditivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Ve bien con o sin lentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------------------	---

¿Se ha caído en el último año?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------------------------	---

Uso de bastón / andadera / silla de ruedas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

¿Cómo considera su estado de salud en comparación con la mayoría de las personas de su edad?	<input type="checkbox"/> Bueno
	<input type="checkbox"/> Regular
	<input type="checkbox"/> Malo

AUTOPERCEPCIÓN DE MEMORIA

¿Cómo considera su memoria en comparación con la mayoría de las personas de su edad?	<input type="checkbox"/> Mejor
	<input type="checkbox"/> Igual
	<input type="checkbox"/> Peor

