

# Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

(Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Inf. Fam.: Beh**  
**3=incapaz; 0=capaz**

talonario de cheques \_\_\_\_\_  
 impuestos \_\_\_\_\_  
 compras \_\_\_\_\_  
 juegos \_\_\_\_\_  
 cocina \_\_\_\_\_  
 prep. comidas \_\_\_\_\_  
 eventos \_\_\_\_\_  
 TV, libros \_\_\_\_\_  
 citas \_\_\_\_\_  
 viajes \_\_\_\_\_  
 puntuación \_\_\_\_\_

**Historial médico anterior**  
*seleccionar lo que corresponda*

Hipertensión   
 EAC   
 Tiroides   
 Colesterol   
 ACV   
 Neuropatía   
 vasc. perif.   
 Diabetes   
 Hepatitis   
 Herida en la cabeza   
 Parkinson   
 Alcohol   
 Depresión   
 Enf. venérea   
 Convulsiones   
 Drogadicción   
 Cáncer   
 iICH   
 Meningitis   
 Oído, visión   
 Def. vitamínica.

**Historial familiar**

Demencia   
 Parkinson   
 Depresión   
 Ataque apopléjico   
 EAC   
 S. de Down   
 Diabetes

**Historia del problema de la memoria**

**Actual historial médico**

**Anterior historial médico o quirúrgico**

**Historial siquiátrico**

**Medicaciones**  ver lista

**Positivos (historial familiar, ocupación, hábitos, función)**

**Revisión de sistemas**

*Encierre en un círculo lo que corresponda*

personalidad  
 habla  
 debilidad  
 juicio  
 confusión  
 alerta  
 delirios  
 alucinaciones  
 emoción  
 afección sensorial  
 boca  
 caída, herida  
 equilibrio  
 ronquidos  
 falta de aire  
 tos  
 malestar intestinal  
 hematoquecia  
 disfunción sexual  
 incontinencia  
 dolor articular  
 extremidades  
 piel  
 apetito  
 sed  
 fatiga  
 sueño  
 cambio de peso  
 comida

**Educación**

\_\_\_\_\_ años

**Empleo**

metales  
 terapia electroconvulsiva  
 boxeador

**Hábitos de salud:**

**tabaco**  
 \_\_\_\_\_ paquetes - años

**Alcohol**  
 \_\_\_\_\_ /día

<b>Signos vitales</b>		Presión _____	Pulso ___	Temperatura ___	Peso ___ libras	Estatura ___ pulgadas
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/>	Párpados y conjuntiva normales		Marcha con <b>esclerosis múltiple</b> <input type="checkbox"/>		
Pupilas	<input type="checkbox"/>	Pupilas simétricas y reactivas		Postura y marcha normales <input type="checkbox"/>		
Fondo	<input type="checkbox"/>	Elementos positivos y discos normales		Uñas <input type="checkbox"/>		
				Sin dedos en pañillo de tambor ni cianosis <input type="checkbox"/>		
<b>Oídos, nariz y garganta:</b>		externos <input type="checkbox"/>		Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias		
Otoscópio	<input type="checkbox"/>	Canales y membranas del tímpano normales		Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal		
Audición	<input type="checkbox"/>	Normal a _____		Margen de movimiento	Fuerza	Tono
Intranasal	<input type="checkbox"/>	Turbinado, tabique y mucosa normales		Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral anterior	<input type="checkbox"/>	Encías, dientes y labios normales		Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe	<input type="checkbox"/>	Faringe, paladar y lengua normales		Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Anormales		
				Piel <input type="checkbox"/>		
				Normal a la inspección y palpación		
<b>Palpación del cuello</b>		<input type="checkbox"/>		<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/>		
Tiroides		Simétrico y sin protuberancias		Alerta y atención normales		
		Sin agrandamiento ni sensibilidad <input type="checkbox"/>		Nervios craneales <input type="checkbox"/>		
Esfuerzo <b>respiratorio</b>		<input type="checkbox"/>		Sin gran déficit		
Percusión torácica		<input type="checkbox"/>		Movimiento alterno rápido normal		
Palpación torácica		<input type="checkbox"/>		Reflejos tendinosos profundos <input type="checkbox"/>		
Auscultación		<input type="checkbox"/>		Simétricos, ___ (escala: 0-4+)		
				Sensación <input type="checkbox"/>		
				Propiocepción y tacto normales		
				<b>MMSE</b>		
				Orientación <b>psiquiátrica</b> <input type="checkbox"/>		
Palpitación <b>cardíaca</b>		<input type="checkbox"/>		Normal al día, mes, año, hora, ubicación ___/10		
Auscultación cardíaca		<input type="checkbox"/>		Registrar 3 elementos ___/3		
Carótidas		<input type="checkbox"/>		Atención y cálculo <input type="checkbox"/>		
Pulso pedio		<input type="checkbox"/>		Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés ___/5		
<b>Pechos</b>		<input type="checkbox"/>		Recordar 3 elementos ___/3		
<b>Abdomen</b>		<input type="checkbox"/>		Lenguaje <input type="checkbox"/>		
Hígado y bazo		<input type="checkbox"/>		Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente ___/8		
Hernia		<input type="checkbox"/>		Visuoespacial <input type="checkbox"/>		
Ano y recto		<input type="checkbox"/>		Copiar diseño, reloj ___/1		
				Conocimiento <input type="checkbox"/>		
				Presidentes, ex presidentes		
				Estado de ánimo <input type="checkbox"/>		
				GDS normal ___/15		
<b>Genitourinario masculino</b>		<input type="checkbox"/>		Habla <input type="checkbox"/>		
Próstata		Normal a la inspección y palpación		Volumen y velocidad normales		
		Tamaño normal sin nodularidad <input type="checkbox"/>		Continuidad de ideas <input type="checkbox"/>		
				Lógico, coherente		
<b>Genitourinario femenino</b>		<input type="checkbox"/>		Psicosis <input type="checkbox"/>		
Inspección interna		Genitales externos normales sin lesiones		Sin alucinaciones ni falsas ilusiones		
Cuello del útero		<input type="checkbox"/>		Juicio <input type="checkbox"/>		
Útero		<input type="checkbox"/>		Normal		
Anexos		<input type="checkbox"/>		Comportamiento <input type="checkbox"/>		
				Cooperador, adecuado		
<b>Vasos linfáticos</b>		<input type="checkbox"/>		<b>Hachinski</b> sumar 1ª columna x 2; sumar 2ª columna; total columnas		
Otros vasos linfáticos		<input type="checkbox"/>		Inicio repentino <input type="checkbox"/>		
				Escalonado <input type="checkbox"/>		
				Hist. ataque apopléjico <input type="checkbox"/>		
				Somático <input type="checkbox"/>		
				Signos focales <input type="checkbox"/>		
				Emoción <input type="checkbox"/>		
				"Síntomas" <input type="checkbox"/>		
				Hipertensión <input type="checkbox"/>		
				sumar x2: _____ suma: _____ total: _____		

Descripción adicional de hallazgos positivos:

Evaluación del diagnóstico preliminar (nivel de trastorno, patologías comórbidas, potenciales elementos tratables)

Recomendaciones:

- Laboratorio:
- Electrolitos     CA     TSH     STS     B<sub>12</sub>
- Imagenología (tipo, historial) \_\_\_\_\_
- Cambios de la medicación
- Referencias
- Información
  - Imagenología cerebral en la pérdida de memoria
  - Especialistas en pérdida de memoria
  - Tratamientos para el Alzheimer
  - Prevención de ataques apopléjicos
  - Informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

# Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

Date: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_

**Fam Rpt: Beh**  
3=unable; 0=able  
checkboxbook \_\_\_\_\_  
taxes \_\_\_\_\_  
shopping \_\_\_\_\_  
games \_\_\_\_\_  
stove \_\_\_\_\_  
meal prep \_\_\_\_\_  
events \_\_\_\_\_  
TV, book \_\_\_\_\_  
appointments \_\_\_\_\_  
travel \_\_\_\_\_  
score \_\_\_\_\_

**Past Med Hx**  
check positives  
HTN   
CAD   
thyroid   
cholesterol   
CVA   
neuropathy   
periph vasc   
diabetes   
hepatitis   
head injury   
Parkinson's   
alcohol   
depression   
VD   
seizures   
drug abuse   
cancer   
ICH   
meningitis   
hear, vision   
vitamin def

**Fam Hx**  
dementia   
Parkinson's   
depression   
stroke   
CAD   
Down's   
diabetes

**Story of the Memory Problem**  
Record your version of the history of the dementing illness from the family questionnaire in Tools, pp.17-18, and your interview of the patient and caregiver

Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15

**Current medical history**  
Describe active problems with potential impact on cognitive function

**Former medical/surgical history**  
Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Psychiatric history**  
Record information here from questions on pp.24,26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Medications**  see list  
Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29, or your own version

**Positives (FHx, occup., habits, function)**  
Record information here from questions on p.26 in the family questionnaire in Tools, pp.17-29

**ROS**  
circle positives  
personality  
speech  
weakness  
judgment  
confusion  
alertness  
delusions  
hallucinations  
emotional  
sensory  
mouth  
fall, injury  
balance  
snore  
short of breath  
cough  
bowel  
hematochezia  
sex dysfxn  
incontinence  
joint pain  
extremities  
skin  
appetite  
thirst  
fatigue  
sleep  
wt change  
food

**Education**  
\_\_\_\_\_yrs.

**Employment**  
\_\_\_\_\_  
metals  
ECT  
boxer

**Health Habits:**  
**Tobacco**  
\_\_\_\_\_pk-yrs

**Alcohol**  
\_\_\_\_\_/day

Record the Geriatric Depression Scale score here (see Tools, pp. 30-31)

<b>Vital signs</b>	BP _____	P _____	T _____	Wt. _____ lb	Ht. _____ in
<b>Eyes</b>	<input type="checkbox"/> nl conjunctiva & lids			<b>MS Gait</b>	<input type="checkbox"/> nl gait & station
<b>Pupils</b>	<input type="checkbox"/> pupils symmetrical, reactive			<b>Nails</b>	<input type="checkbox"/> no clubbing, cyanosis
<b>Fundus</b>	<input type="checkbox"/> nl discs & pos elements			<b>Check nl, etc abn</b>	<b>ROM</b> <b>Strength</b> <b>Tone</b> <b>abnormals</b>
<b>ENT-external</b>	<input type="checkbox"/> no scars, lesions, masses			<b>Rt. arm</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Otoscopic</b>	<input type="checkbox"/> nl canals & tympanic membranes			<b>Lt. arm</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Hearing</b>	<input type="checkbox"/> nl to _____			<b>Rt. leg</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Intranasal</b>	<input type="checkbox"/> nl mucosa, septum, turbinate			<b>Lt. leg</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ant. oral</b>	<input type="checkbox"/> nl lips, teeth, gums			<b>Spine</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Oropharynx</b>	<input type="checkbox"/> nl tongue, palate, pharynx			<b>Skin</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation
<b>Neck palp.</b>	<input type="checkbox"/> symmetrical without masses			<b>Neurologic</b>	<input type="checkbox"/> nl alertness, attentive
<b>Thyroid</b>	<input type="checkbox"/> no enlargement or tenderness			<b>Cranial nerves</b>	<input type="checkbox"/> w/o gross deficit
<b>Resp. effort</b>	<input type="checkbox"/> nl without retractions			<b>Coordination</b>	<input type="checkbox"/> nl rapid alternating movement
<b>Chest percuss.</b>	<input type="checkbox"/> no dullness or hyperresonance			<b>DTRs</b>	<input type="checkbox"/> symmetrical, ___ (scale: 0-4+)
<b>Chest palp.</b>	<input type="checkbox"/> no fremitus			<b>Sensation</b>	<input type="checkbox"/> nl touch, proprioception
<b>Auscultation</b>	<input type="checkbox"/> nl bilateral breath sounds w/o rales			<b>Psych Orient'n</b>	<input type="checkbox"/> nl to day, mo, yr, time, location
<b>Heart palp.</b>	<input type="checkbox"/> nl location, size			<b>Registration</b>	<input type="checkbox"/> register 3 items
<b>Cardiac ausc.</b>	<input type="checkbox"/> no murmur, gallop, or rub			<b>Attrn/Calc</b>	<input type="checkbox"/> serial subtraction, world bkwd
<b>Carotids</b>	<input type="checkbox"/> nl intensity w/o bruit			<b>Recall</b>	<input type="checkbox"/> recall 3 items
<b>Pedal pulses</b>	<input type="checkbox"/> nl posterior tibial & dorsalis pedis			<b>Language</b>	<input type="checkbox"/> nl nam'g, rept'n, compr'n, read'g, writ'g
<b>Breasts</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			<b>Visuospatial</b>	<input type="checkbox"/> copy design, clock
<b>Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			<b>Knowledge</b>	<input type="checkbox"/> current/past presidents
<b>L/S</b>	<input type="checkbox"/> nl liver/spleen			<b>Mood</b>	<input type="checkbox"/> nl GDS <input checked="" type="checkbox"/> 15
<b>Hernia</b>	<input type="checkbox"/> no hernia identified			<b>Speech</b>	<input type="checkbox"/> nl rate, volume
<b>Anus/rectal</b>	<input type="checkbox"/> no abnormality or masses			<b>Thought cont.</b>	<input type="checkbox"/> logical, coherent
<b>GU male</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			<b>Psychosis</b>	<input type="checkbox"/> no hallucinations, delusions
<b>Prostate</b>	<input type="checkbox"/> nl size w/o nodularity			<b>Judgment</b>	<input type="checkbox"/> nl
<b>GU female</b>	<input type="checkbox"/> external genitalia nl w/o lesions			<b>Behavior</b>	<input type="checkbox"/> cooperative, appropriate
<b>Int. inspection</b>	<input type="checkbox"/> nl bladder, urethra, & vagina			<b>Hachinski</b>	sum 1st column x 2; sum 2nd column; total column
<b>Cervix</b>	<input type="checkbox"/> nl appearance w/o discharge			<b>Abrupt onset</b>	<input type="checkbox"/> Stepwise <input type="checkbox"/>
<b>Uterus</b>	<input type="checkbox"/> nl size, position, w/o tenderness			<b>Hx stroke</b>	<input type="checkbox"/> Somatic <input type="checkbox"/>
<b>Adnexa</b>	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			<b>Focal signs</b>	<input type="checkbox"/> Emotional <input type="checkbox"/>
<b>Lymphatic</b>	<input type="checkbox"/> nl neck & axillae			<b>"symptoms"</b>	<input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/>
<b>Lymph other</b>	<input type="checkbox"/>			<b>sum x 2:</b>	_____ <b>sum:</b> _____ <b>total:</b> _____

Additional description of positive findings:

The items of the MMSE examination are listed in the first column ("orientation, registration," etc.). Scores can be recorded in the third column. If you do not use the MMSE, you may use other tests of these constructs, listed with checkboxes in the second column.

Score the Hachinski scale by adding the number of positive responses in column 1 and multiplying by 2, and then adding the number of positive responses in column 2, counting 1 each.

**Preliminary Diagnostic Assessment** (Impairment level, comorbid health conditions, potential treatable elements)

**Recommendations:**

