

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

Perfil del participante y cuestionario de historial médico

Llene este formulario antes de la visita de estudio

Estimados participantes, las preguntas hechas en la primera página, serán utilizadas por nuestro centro de investigación para cumplir con un esfuerzo nacional en curso del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA, por sus siglas en inglés; una división del Instituto Nacional de la Salud (NIH)) para generar un Identificador Globalmente Único (GUID, por sus siglas en inglés) para todos los participantes inscritos en estudios de investigación financiados por el NIA. Nuestro estudio longitudinal es un protocolo financiado por el NIA.

La Herramienta GUID es un programa computarizado que toma la información personal de los participantes y la utiliza para crear una serie de códigos hash. Estos códigos se envían al sistema del NIH y se comparan con la base de datos GUID. Si estos códigos se han visto anteriormente, eso significa que la información coincide con un GUID existente, y este GUID se devuelve. Si no se encuentra ninguna coincidencia, se crea un nuevo GUID y se devuelve. Si alguien más ingresa la misma información más tarde, la herramienta detectará esta coincidencia y enviará el mismo GUID. El GUID en sí es una serie de símbolos alfanuméricos.

Este sistema tiene las siguientes ventajas:

- No hay nada acerca de un GUID que permita a alguien deducir la identidad de la persona a la que el GUID pertenece.
- La información del mismo individuo dará como resultado el mismo GUID a través del tiempo, la ubicación y el estudio de investigación. Esto permite a los investigadores igualar los datos compartidos de ese participante, independientemente de la fuente, sin compartir ni ver información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés).

Nombre legal completo del participante dado al nacer	
Segundo nombre del participante	
Apellido legal completo del participante dado al nacer	
Saludo (Jr., Sr., Sra., etc.)	
Fecha de nacimiento	
Nombre de la ciudad / municipio en el que nació el participante	
País de nacimiento	

Subject ID
Date:
ADRC Visit
Exmr ID:

Proveedores Médicos Actuales

Tipo de médico	Nombre del médico	Grupo médico	Motivo de la visita
Atención médica primaria			
Neurólogo			
Psiquiatra			
Otro 1- Especificar			
Otro 2- Especificar			

* Si es paciente de un neurólogo de UCSD, ¿da usted permiso para que sus registros de investigación del ADRC se compartan con su neurólogo de UCSD? Sí No

En caso afirmativo, se le pedirá que firme una **autorización para divulgar su historial médico**.

¿Ha tenido algún ingreso hospitalario, incluyendo visitas a la sala de emergencias desde su última visita de investigación? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique los detalles de su ingreso

Fecha	Duración de la estancia	Motivo de la hospitalización

Notas/comentarios acerca de su ingreso hospitalario:

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

1. Historial de consumo de cigarrillos y alcohol

Consumo de tabaco	Circule uno SÍ / NO / No sé	
1a. ¿El participante ha fumado en los últimos 30 días?	SÍ / NO / No sé	
1b. ¿El participante ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?	SÍ / NO / No sé	
1c. ¿Número total de años que ha fumado? (responda NA si el participante nunca ha fumado)		
1d. Número promedio de paquetes fumados por día – seleccione uno	<input type="checkbox"/>	De 1 cigarrillo a menos de ½ paquete
	<input type="checkbox"/>	De ½ paquete a menos de 1 paquete
	<input type="checkbox"/>	De 1 paquete a menos de 1 paquete y medio
	<input type="checkbox"/>	De 1 paquete y medio a menos de 2 paquetes
	<input type="checkbox"/>	2 paquetes o más
	<input type="checkbox"/>	Desconocido
	<input type="checkbox"/>	No aplicable – nunca ha fumado
1e. Si el participante dejó de fumar, especifique la edad en la cual fumó por última vez (responda NA si el participante nunca ha fumado).		
Si el participante ha usado otros productos derivados del tabaco, especifique el tipo, la frecuencia y duración (por ej., Pipa, 2 veces por día, 10 años):		

Consumo de alcohol	Circule uno SÍ / NO / No sé	
1f. En los últimos tres meses, ¿el participante ha consumido alcohol?	SÍ / NO / No sé	
1g. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el participante tomó al menos una bebida alcohólica como vino, cerveza, malta, licor o aguardiente – seleccione uno?	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez/mes
	<input type="checkbox"/>	Aproximadamente una vez/mes
	<input type="checkbox"/>	Aproximadamente una vez/semana
	<input type="checkbox"/>	Unas pocas veces/semana
	<input type="checkbox"/>	A diario o casi a diario
	<input type="checkbox"/>	Desconocido
	<input type="checkbox"/>	No aplicable – nunca ha tomado

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

2. Enfermedad cardiovascular	Circule uno SÍ / NO / No sé	Fecha del evento o diagnóstico
2a. Ataque al corazón / paro cardíaco	SÍ / NO / No sé	
En caso afirmativo de un ataque cardíaco / paro cardíaco, 2a1. ¿Fue más de un solo ataque cardíaco/ paro cardíaco?	SÍ / NO / No sé	
En caso afirmativo de un ataque cardíaco / paro cardíaco, 2a2. Año del ataque cardíaco más reciente:		
2b. Fibrilación auricular	SÍ / NO / No sé	
2c. Angioplastia / endarterectomía carotídea / <i>stent</i>	SÍ / NO / No sé	
2d. Procedimiento de derivación cardíaca (baipás coronario)	SÍ / NO / No sé	
2e. Marcapasos y / o desfibrilador	SÍ / NO / No sé	
2f. Insuficiencia cardíaca congestiva	SÍ / NO / No sé	
2g. Angina de pecho	SÍ / NO / No sé	
2h. Reemplazo o reparación de la válvula cardíaca	SÍ / NO / No sé	
2i. Otra (especifique):	SÍ / NO / No sé	

3. Enfermedad cerebrovascular:	Circule uno SÍ / NO / No sé	Fecha del evento o diagnóstico
3a. Derrame cerebral – por historial, no por examen	SÍ / NO / No sé	
En caso afirmativo de derrame cerebral, 3a1. ¿Más de un derrame cerebral?	SÍ / NO / No sé	
En caso afirmativo de derrame cerebral, 3a2. Año del derrame cerebral más reciente:		
3b. Ataque isquémico transitorio (AIT)	SÍ / NO / No sé	
En caso afirmativo de AIT, 3b1. ¿Más de un AIT?	SÍ / NO / No sé	

Subject ID
Date:
ADRC Visit
Exmr ID:

4. Condiciones neurológicas:	Circule uno SÍ / NO	Fecha de inicio	Fecha del evento o diagnóstico
4a. Enfermedad de Parkinson (EP)	SÍ / NO		
4b. Otro trastorno de parkinsonismo (p. Ej., PSP, CBD)	SÍ / NO		
4c. Convulsiones	SÍ / NO		
4d. Lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés) * Si contesta no, pase a la pregunta 5 *Si contesta sí, por favor responda a las siguientes preguntas:	SÍ / NO		
	Uno	Repetidas veces / Múltiple	
Si la respuesta para la pregunta 4d, lesión cerebral traumática es SÍ, por favor proporcione una respuesta para 4d4 utilizando las opciones que se encuentran a lado; utilice NA (no aplicable) para indicar información desconocida:	Circule uno SÍ / NO	Fecha de inicio	Fecha del evento o diagnóstico
4d1. Lesión cerebral traumática con pérdida breve de conciencia de menos de 5 minutos)			
4d2. Lesión cerebral traumática con pérdida prolongada de conciencia mayor o igual a 5 minutos			
4d3. Lesión cerebral traumática sin pérdida de conocimiento (que podría resultar a causa de detonaciones militares o lesiones deportivas)			
4d4. Año de la lesión cerebral traumática más reciente:			

5. Condiciones médicas:	Circule uno SÍ / NO / No sé	Fecha de inicio	Fecha del evento o diagnóstico
5a. Diabetes	SÍ / NO / No sé		
5a1. Tipo de diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="checkbox"/> Desconocido			
5b. Hipertensión	SÍ / NO / No sé		
5c. Hipercolesterolemia	SÍ / NO / No sé		

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

5d. Deficiencia de B12	SÍ / NO / No sé		
5e. Enfermedad de tiroides	SÍ / NO / No sé		
5f. Artritis	SÍ / NO / No sé		
5f1. Tipo de artritis: <input type="checkbox"/> Reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Otro (Especificar):			
5f2. Regiones afectadas (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Extremidad superior <input type="checkbox"/> Extremidad baja <input type="checkbox"/> Espina <input type="checkbox"/> Desconocido			
5g. Incontinencia – urinaria	SÍ / NO / No sé		
5h. Incontinencia – intestinal	SÍ / NO / No sé		
5j. Apnea del sueño	SÍ / NO / No sé		
5k. Insomnio	SÍ / NO / No sé		
5l. Otro trastorno del sueño (especifique):	SÍ / NO / No sé		
5m. Cáncer	SÍ / NO / No sé		
5m1a. Si es cancer, especifique: <input type="checkbox"/> Primario/no metastásico <input type="checkbox"/> Metastásico			
5m1b. En caso afirmativo, especifique el sitio primario :			

6. Abuso de sustancias	Circule uno SÍ / NO / No sé	Fecha de inicio	Fecha de diagnóstico
6a. Abuso de alcohol: deterioro clínicamente significativo que ocurrió durante un período de 12 meses manifestado en una de las siguientes áreas: trabajo, manejando, legal o social.	SÍ / NO / No sé		
6b. Otra sustancia abusada: deterioro clínicamente significativo que ocurrió durante un período de 12 meses manifestado en una de las siguientes áreas: trabajo, manejando, legal o social. 6b1. En caso afirmativo, especifique la sustancia abusada:	SÍ / NO / No sé		

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

7. Condiciones psiquiátricas, diagnosticadas o tratadas por un médico	SÍ / NO / No sé	Fecha de inicio	Fecha de diagnóstico
7a. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	SÍ / NO / No sé		
7b. Desorden bipolar	SÍ / NO / No sé		
7c. Esquizofrenia	SÍ / NO / No sé		
7d. Depresión	SÍ / NO / No sé		
Si respondió sí para depresión, 7d1. ¿Depresión activa en los últimos dos años?	SÍ / NO / No sé		
Si respondió Sí para depresión, 7d2. ¿Episodios de depresión hace más de dos años?	SÍ / NO / No sé		
7e. Ansiedad	SÍ / NO / No sé		
7f. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	SÍ / NO / No sé		
7g. Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (por ejemplo, TEA [Trastorno del espectro autista], TDAH [Déficit de atención trastorno de hiperactividad], dislexia).	SÍ / NO / No sé		
7h. Otros trastornos psiquiátricos h1. Especificar trastorno:	SÍ / NO / No sé		

Fin del formulario aquí