

# CUESTIONARIO DE SALUD

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*\*Por favor marque el número apropiado " 0-3" en todas las preguntas a continuación. 0 como menos/nunca al 3 como mas/siempre.*

## SECCION A

- A disminuido su memoria notablemente? 0 1 2 3
- ¿Está teniendo problemas recordando nombres y números de teléfono? 0 1 2 3
- A disminuido su capacidad para centrarse notablemente? 0 1 2 3
- Se le dificulta mas aprender cosas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar sus citas? 0 1 2 3
- ¿Esta su temperamento empeorando en general? 0 1 2 3
- ¿Está perdiendo su capacidad de poner atención? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia te encuentras desanimado/a o triste? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia le fatiga al conducir en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia le fatiga la lectura, en comparación con el pasado? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia entra usted a un cuarto y se le olvida por que? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia recoge su teléfono celular y se le olvida por que? 0 1 2 3

## SECCION B

- Que tan alto es su nivel de estrés? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que tiene algo que se debe hacer? 0 1 2 3
- ¿Siente que nunca tiene tiempo para si mismo/a? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que no está durmiendo o descansando lo suficiente? 0 1 2 3
- ¿Le resulta difícil hacer ejercicio con regularidad? 0 1 2 3
- ¿Se siente desamparado/a por la gente en su vida? 0 1 2 3
- ¿Siente que no están cumpliendo el propósito de su vida? 0 1 2 3
- Es difícil para usted compartir sus problemas con alguien? 0 1 2 3

## SECCION C

### Seccion C1

- ¿Con qué frecuencia se irrita, siente temblores o mareos entre las comidas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se siente con energía después de comer? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad comiendo comidas grandes en la mañana? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia disminue su nivel de energía en la tarde? 0 1 2 3
- ¿Cuántas veces se te antoja el azúcar y los dulces en la tarde? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se despierta a media noche? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concen trarse antes de comer? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia depende del café para seguir su día? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia te sientes nervioso, alterado y nervioso con facilidad entre las comidas? 0 1 2 3

### Seccion C2

- ¿Se fatiga después de las comidas? 0 1 2 3
- Se te antoja el azúcar y los dulces después de las comidas? 0 1 2 3
- ¿Siente usted que necesita estimulantes como el café después de comer? 0 1 2 3
- ¿Tiene dificultad para perder peso? 0 1 2 3
- ¿Cuánto más grande es tu cintura en comparación con sus caderas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia usted orina? 0 1 2 3
- ¿Ah tenido usted aumento en sed y apetito? 0 1 2 3
- ¿Tiene usted aumento de peso cuando están bajo estrés? 0 1 2 3
- ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? 0 1 2 3

### SECCION 1 – S

- ¿Está perdiendo su placer en pasatiempos e intereses? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se siente abrumado con las ideas para manejar? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tienen sentimientos de ira interna (coraje)? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de paranoia? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se siente desanimado/a o triste sin razón? 0 1 2 3

- ¿Con qué frecuencia siente que no está disfrutando de la vida? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que le falta la apreciación artística? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se siente deprimido en un día nublado? 0 1 2 3
- ¿Cuánto está perdiendo su entusiasmo por sus actividades favoritas? 0 1 2 3
- ¿Cuánto está perdiendo el disfrute de sus alimentos favoritos? 0 1 2 3
- ¿Cuánto está perdiendo su disfrute de las amistades y las relaciones? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para quedarse en un sueño profundo y reparador? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que depende de otros? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se siente más sensible al dolor? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de ira sin provocación? 0 1 2 3
- ¿Cuánto está perdiendo interés en la vida? 0 1 2 3

## SECCION 2 – D

- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de desesperanza? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene pensamientos destructivos? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene una incapacidad para manejar el estrés? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente ira y agresión, mientras esta bajo estrés? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que no descansó ni siquiera después de largas horas de dormir? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia prefiere usted aislarse de los demás? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente inexplicable falta de preocupación por la familia y amistades? 0 1 2 3
- ¿Con qué facilidad se le distrae de sus tareas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene una incapacidad de terminar tareas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente la necesidad de consumir cafeína para mantenerse alerta/o? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente que su libido se ha disminuido? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia pierde usted la calma por razones de menor importancia? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tienen sentimientos de inutilidad? 0 1 2 3

## SECCION 3 – G

- ¿Con qué frecuencia se siente ansioso o siente pánico sin motivo? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de temor o de muerte inminente? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia sientes nudos en el estómago? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de estar abrumado por ninguna razón? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de culpa por las deci siones cotidianas? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia siente usted inquietud en su mente? 0 1 2 3
- ¿Es difícil apagar su mente cuando usted quiere relajarse? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene la atención desorganizada? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia se preocupa por cosas por las cuales no se preocupaba anteriormente? 0 1 2 3
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de tensión interior y de excitabilidad interior? 0 1 2 3

## SECCION 4 – ACH

- ¿Siente que su memoria visual (formas e imágenes) ha disminuido? 0 1 2 3
- ¿Siente que su memoria verbal ha disminuido? 0 1 2 3
- ¿Tiene fallos de memoria? 0 1 2 3
- Ha disminuido su creatividad? 0 1 2 3
- Ha disminuido su comprensión? 0 1 2 3
- ¿Tiene dificultad para calcular los números? 0 1 2 3
- ¿Tiene dificultad para reconocer objetos y rostros? 0 1 2 3
- ¿Siente como que su opinión acerca de si mismo ha cambiado? 0 1 2 3
- ¿Está orinando con exceso? 0 1 2 3
- ¿Está experimentando respuesta mental más lenta? 0 1 2 3

# Antecedentes de Medicamentos\*

Por favor marque cualquiera de los siguientes medicamentos que ha tomado o está tomando actualmente.

## Antagonista del Receptor de Acetilcolina - Agentes antimuscarínicos

Atropine,  Ipratopium,  Scopolamine,  Tiotropium

## Antagonista del Receptor de acetilcolina - Ganlionic Bloqueadores

Mecamylamine,  Hexamethonium,  Nicotine (en dosis alta),  Trimethaphan

## Reactivadores la Acetilcolinesterasa

Pralidoxime

## Antagonista del Receptor de Acetilcolina - Bloqueadores Neuromusculares

Atracurium,  Cisatracurium,  Doxacurium,  Metocurine,  Mivacurium,  Pancuronium,  Rocuronium,  Succinylcholine,  Tubocurarine,  Vecuronium,  Hemicholinium

## Agonista de los moduladores de los receptores GABA (benzodiazpines)

Xanax®,  Lexotanil,  Lexotan®,  Librium,  Klonopin®,  Valium®,  ProSom®,  Rohypnol,  Dalmane,  Ativan,  Loramet®,  Sedoxil,  Dormicum,  Megadon,  Serax®,  Restoril,  Halcion

## Modulador agonista de los receptores GABA (nonbenzodiazpines)

Ambien CR®,  Sonata®,  Lunesta®,  Imovane

## Inhibidores de la Colinesterasa (irreversible)

Echotiophate,  Isoflurophate,  Organophosphate Insecticides,  Organophosphate-containing nerve agents

## Inhibidores de la Colinesterasa (reversible)

Donepezil,  Galatamine,  Rivastigmine,  Tacrine,  THC,  Edrophonium,  Neostigmine,  Physostigmine,  Pyridostigmine,  Carbamate Insecticides

## Inhibidores de la recaptación de dopamina

Wellbutrin XL® (Bupropion)

## Los Agonistas del Receptor de Dopamina

Mirapex®,  Sifrol®,  Requip®

## Bloqueadores de los Receptores D2 Dompamine (antipsicóticos)

Thorazine®,  Prolixin®,  Trilafon®,  Compazine®,  Mellaril®,  Stelazine®,  Vesprin®,  Nozinan®,  Depixol®,  Navane®,  Fluanxol®,  Clopixol®,  Acuphase®,  Haldol®,  Orap®,  Clozaril®,  Zyprexa®,  Zydys®,  Seroquel XR®,  Geodon®,  Solian®,  Invega®,  Abilify®

## GABA Antagonista Competitivo Binder

Flumazenil

## Inhibidor de la Monoaminoxidasa (MAO)

Marplan®,  Aurorix®,  Manerix®,  Moclodura,  Nardil,  Adeline®,  Eldepryl®,  Azilect®,  Marsilid®,  Iprozid®,  Ipramid®,  Rivivol,  Popilniazida®,  Zyvox®,  Zyvoxid®

## Noradrenérgico y específicas Sertonegic Antidepresivos (NaSSaa)

Remeron®,  Zispin®,  Avanza®,  Norset®,  Remergil®,  Axit®

## Inhibidor Selectivo de Recaptación de Serotonina

Paxil®,  Zolof® ,  Prozac®,  Celexa®,  Lexapro®,  Luvox®,  Cipramil®,  Emocal®,  Seropram,  Cipralex®,  Esteria®,  Fontex®,  Dapoxetine®,  Seromex®,  Seronil®,  Sarafem®,  Fluctin®,  Faverin®,  Seroxat,  Aropax®,  Deroxat®,  Rexetin®,  Paroxat®,  Lustral®,  Serlain®

## Recaptación de los Mejoradores de Serotonina

Stablon®,  Coaxil,  Tatinol®

## Serotonin-Inhibidores de la Recaptación de Norepinefrina (IRSN)

Effexor®,  Pristiq®,  Meridia,  Serzone®,  Dalcipran®,  Despiramin,  Duloxetine

## Los Antidepresivos Tricíclicos (TCAs)

Elavil®,  Endep®,  Tryptanol,  Trepiline®,  Asendin®,  Asendis®,  Defanyl®,  Demolox®,  Moxadil®,  Anafranil®,  Norpramin®,  Pertofrane®,  Prothiaden®,  Adapin®,  Sinequan®,  Tofranil®,  Janamine®,  Gamanil®,  Aventyl®,  Pamelor®,  Opipramol®,  Vivactil®,  Rhotrimine®,  Surmontil®

\*Por favor refiérase al médico que le dio su receta para las interacciones nutricionales con cualquier medicamento que esté tomando.