

Evaluación geriátrica práctica

El paciente o el cuidador deben completarla

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:	Fecha en que se completa:
----------------------	-----------------------------------	---------------------------

1 | ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 6 meses? _____

2 | ¿Su estado de salud lo limita para caminar una cuadra?

- ☐ No me limita para nada.
- ☐ Me limita un poco.
- ☐ Me limita mucho.

3 | ¿Su estado de salud actual lo limita para subir un tramo de escaleras?

- ☐ No me limita para nada.
- ☐ Me limita un poco.
- ☐ Me limita mucho.

4 | ¿Puede llegar a lugares a donde no se llega caminando?

- ☐ Sin ayuda (conduce su propio automóvil o viaja solo en autobuses o taxis).
- ☐ Con algo de ayuda (necesita que alguien lo ayude o lo acompañe cuando viaja).
- ☐ No puede viajar a menos que se hagan los arreglos necesarios de emergencia para un vehículo especializado como una ambulancia.

5 | ¿Puede ir a comprar comestibles o ropa (suponiendo que cuenta con transporte)?

- ☐ Sin ayuda (se encarga usted mismo de todas sus necesidades de compra, suponiendo que tuviera un transporte).
- ☐ Con algo de ayuda (alguien debe ir con usted cuando va de compras).
- ☐ No puede ir de compras en absoluto.

6 | ¿Puede preparar sus propias comidas?

- ☐ Sin ayuda (planifica y cocina todos sus alimentos usted mismo).
- ☐ Con algo de ayuda (puede preparar algunas cosas, pero no puede cocinar alimentos completos usted mismo).
- ☐ No puede preparar ningún alimento en absoluto.

7 | ¿Puede hacer las tareas domésticas?

- ☐ Sin ayuda (puede limpiar el piso, etc.).
- ☐ Con algo de ayuda (puede hacer actividades domésticas ligeras, pero necesita ayuda con el trabajo pesado).
- ☐ No puede realizar ninguna actividad doméstica en absoluto.

8 | ¿Puede usar sus propios medicamentos?

- ☐ Sin ayuda (en las dosis correctas a la hora correcta).
- ☐ Con algo de ayuda (puede usar el medicamento si alguien se lo prepara y/o le recuerda que lo use).
- ☐ No puede usar sus medicamentos en absoluto.

9 | ¿Puede administrar su propio dinero?

- ☐ Sin ayuda (hacer cheques, pagar las cuentas, etc.).
- ☐ Con algo de ayuda (hace las compras diarias, pero necesita ayuda para manejar su chequera y pagar las cuentas).
- ☐ No puede administrar dinero en lo absoluto.

10 | ¿Puede acostarse y levantarse de la cama?

- ☐ Sin ayuda ni dispositivos.
- ☐ Con algo de ayuda (ya sea de una persona o de algún dispositivo).
- ☐ Depende por completo de alguien más que lo levante.

11 | ¿Puede vestirse y desvestirse usted mismo?

- ☐ Sin ayuda (puede elegir la ropa, vestirse y desvestirse usted mismo).
- ☐ Con algo de ayuda.
- ☐ No puede bañarse usted mismo.

12 | ¿Puede bañarse o ducharse?

- ☐ Sin ayuda.
- ☐ Con algo de ayuda (necesita ayuda para entrar y salir de la bañera o requiere adaptaciones especiales).
- ☐ No puede bañarse usted mismo.

13 | En las últimas 4 semanas, ¿durante cuánto tiempo su salud física o los problemas emocionales interfirieron en sus actividades sociales (como visitar amigos, familiares, etc.)?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	En ningún momento
☐	☐	☐	☐	☐

14 | ¿Cómo es su visión (con anteojos o lentes de contacto)?

Excelente	Buena	Aceptable	Deficiente	Soy totalmente ciego
☐	☐	☐	☐	☐

15 | ¿Cómo es su audición (con aparato auditivo si lo necesita)?

Excelente	Buena	Aceptable	Deficiente	Soy totalmente sordo
☐	☐	☐	☐	☐

16 | Seleccione la respuesta que describa mejor cómo se sintió en la última semana.

	No	Sí
En términos generales, ¿está satisfecho con su vida?	☐	☐
¿Se aburre con frecuencia?	☐	☐
¿Se siente desamparado con frecuencia?	☐	☐
¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer actividades nuevas?	☐	☐
¿Se siente muy inútil de la manera en que es ahora?	☐	☐

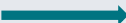
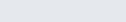
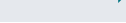
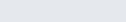
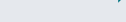
17 | En ocasiones, las personas buscan a otras personas para sentirse acompañadas, recibir ayuda u obtener otro tipo de apoyo. ¿Con qué frecuencia recibe los siguientes tipos de apoyo si los necesita?

	En ningún momento	Pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
Alguien que le ayude si está obligado a guardar cama	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien que lo lleve al médico si es necesario	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien que prepare sus alimentos si no puede hacerlo usted mismo	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien que lo ayude con las tareas diarias si se enferma	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien con quien pasar buenos momentos	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien a quien acudir para que le dé sugerencias sobre cómo enfrentar un problema personal	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien que entienda sus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
Alguien que lo ame y lo haga sentirse querido	☐	☐	☐	☐	☐

18 | Seleccione la respuesta que describa mejor cómo se sintió en los últimos 7 días.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
Me sentí con miedo	☐	☐	☐	☐	☐
Fue difícil enfocarme en algo más que la ansiedad que tengo	☐	☐	☐	☐	☐
Mis preocupaciones me agobiaron	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí inquieto	☐	☐	☐	☐	☐

19 | Su estado de salud: ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades **en la actualidad**?
 Si marca “**Sí**”, díganos cuánto interfiere la enfermedad con sus actividades:

Enfermedad	No	Sí		Si tiene esta enfermedad: ¿Qué tanto interfiere con sus actividades?		
				Nada	Un poco	Mucho
Otros tipos de cáncer o leucemia	☐	☐		☐	☐	☐
Artritis o reumatismo	☐	☐		☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐		☐	☐	☐
Enfisema o bronquitis crónica	☐	☐		☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐		☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca	☐	☐		☐	☐	☐
Problemas de circulación en los brazos o las piernas	☐	☐		☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐		☐	☐	☐
Trastornos estomacales o intestinales	☐	☐		☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐		☐	☐	☐
Enfermedad hepática o renal crónica	☐	☐		☐	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐		☐	☐	☐
Depresión	☐	☐		☐	☐	☐

20 | Nutrición: ¿Cuánto peso ha perdido en los últimos 3 meses?

- ☐ Nada/menos de 1 kg (2.2 lb).
- ☐ Entre 1 y 3 kg (2.2 y 6.6 lb).
- ☐ Más de 3 kg (6.6 lb).
- ☐ No sé cuánto.