

UCSF FRESNO ALZHEIMER & MEMORY CENTER

Date: _____

PATIENT: _____ Married/Div/Sep/Wid/ _____ Sex: _____ DOB: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Phone: _____ Primary Language: _____ Military: Y/N _____

CONTACT: _____ Relationship to patient: _____

Address: _____ City/State/Zip Code: _____

Phone: _____
(home) (work) (cell)

PRIMARY CAREGIVER: _____ Relationship to patient: _____

Secondary Caregiver: _____ Relationship to patient: _____

Who primarily referred the patient to the AMC? _____

What are your reasons for coming to the AMC? ☐ Diagnosis/recommendations ☐ Second Opinion
☐ Other: _____

Has a formal diagnosis been made at any time?

If yes, what was the diagnosis? _____ By Whom: _____ Year: _____

Describe the changes/current symptoms you see in patient:

_____ Date of onset: _____

Is patient combative? ☐ **Incontinent?** ☐ **Anticipated level of cooperation?** _____

Special Needs: ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ Walker ☐ Hearing aids ☐ Other: _____

Still driving? ☐ **Holds valid driver's license?** ☐

Patient's primary care physician: _____

Is primary care physician also the referring party? _____ Physician's specialty: _____

Physician's Address: _____ Phone: _____
_____ Fax: _____

Imaging: CT/MRI Head: ☐ Yes ☐ No *If yes, where:* _____

Health care coverage:

- ☐ Medicare - part A (hospital insurance)
- ☐ Medicare - part B (medical ins.-doctor visits)
- ☐ Medi-Cal (Medicaid)
- ☐ SANTE: _____ (HMO)
- ☐ Tri-Care
- ☐ _____: Other health Insurance

PHARMACY:

Name: _____

Phone: _____

Address: _____

SUMMARY OF UCSF FRESNO ALZHEIMER & MEMORY CENTER NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Alzheimer & Memory Center

2335 E Kashian Ln, #301
Fresno, CA 93701

Tel: 559-227-4810

Fax: 559-227-4167

Loren I. Alving, M.D.
Director
Neurologist

Alex C. Sherriffs, M.D., ABFM
Co-Director
Family Practice

Dzung Trinh, M.D., FACP
Geriatrics

Beverly Chang, M.D.
Psychiatrist

Toni Onkka, LCSW
Social Worker

Andres Sviercovich, MSW
Social Worker

Benicia Goka, M.D.
Neuroscientist

Anna Salazar
Administrative Assistant
Patient Relations

UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center (AMC) has always had privacy and patient confidentiality standards in place to ensure appropriate access or disclosure of protected health information. A new federal law called the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) provides additional safeguards for ensuring that your health information is adequately protected. HIPAA also requires UCSF Fresno AMC to provide you with a Notice of Privacy Practices (Notice), which explains how your health information may be used and disclosed and also explains your rights related to your health information.

The attached Notice explains how UCSF Fresno AMC may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment for services and health care operations. Other reasons to use and disclose your protected health information as permitted or required by law are also referred to in the Notice. The Notice also explains your rights to review and control your **protected health information** and explains the responsibility UCSF Fresno AMC has to protect your information.

Email:
alz@fresno.ucsf.edu

Website:
www.fresno.ucsf.edu/alzheimer

Signature of Patient (or individual with assigned
Power of Attorney or Conservatorship)

Date

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO UCSF

Fresno—Alzheimer and Memory Center

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE

UCSF Alzheimer and Memory Center

UCSF Alzheimer and Memory Center es uno de los componentes de la atención médica de la Universidad de California. La atención médica de la Universidad de California está integrada por los centros médicos de UC, los grupos médicos, clínicas y consultas médicas de UC, las facultades de medicina y de otras profesiones de salud y dedicadas al cuidado clínico de UC, las áreas de servicios de salud para estudiantes en algunos recintos universitarios, las unidades de salud para empleados en algunos recintos universitarios, y las unidades administrativas y operativas que forman parte de los componentes de la atención médica de la Universidad de California.

Nuestra promesa con respecto a su Información de salud

UCSF ha asumido el compromiso de proteger la información médica, de salud mental y personal sobre usted (“Información de salud”). Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de salud, a proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y a informarle de sus derechos y de las formas en que podríamos utilizar la Información de salud y divulgarla a otras entidades y personas.

Cómo podemos usar y divulgar la Información de salud sobre usted

En las siguientes secciones se describen diferentes formas en que podríamos usar y divulgar su Información de salud. Parte de esta información, como cierta información sobre drogas y alcohol, información sobre el VIH, información genética e información sobre la salud mental, puede acogerse a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. Esta no representa una lista exhaustiva de todos los usos y divulgaciones. No obstante, todas las formas en que estamos autorizados a usar y divulgar información, se clasificarán bajo una de las siguientes categorías. Para otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso necesitaremos su autorización por escrito.

Para tratamiento. Podemos utilizar Información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos y de salud mental. Podemos divulgar Información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal de UCSF involucrados en su cuidado en UCSF. Por ejemplo, es posible que un médico que le trate por una fractura en la pierna necesite saber si tiene

diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de cicatrización. Un médico que le trate por una condición mental podría necesitar saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que estos podrían limitar qué otros medicamentos se le pueden recetar. Podemos también compartir Información de salud sobre usted con otros proveedores que no forman parte de UCSF. La divulgación de su Información de salud a proveedores que no forman parte de UCSF podría realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permita a los proveedores involucrados en su cuidado acceder a algunos de sus expedientes médicos en UCSF para coordinar los servicios para usted.

Para pagos. Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted de manera que el tratamiento y los servicios que reciba en UCSF o de otras entidades, como una empresa de ambulancias, puedan facturarse y cobrarse a usted, una compañía de seguro o un tercero. Por ejemplo, puede que tengamos que dar información a su plan de salud acerca de la intervención quirúrgica o el tratamiento que recibió en UCSF para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolsen a usted dicha intervención quirúrgica o tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud de un tratamiento propuesto para determinar si su plan pagará por él tratamiento.

Para operaciones comerciales de asistencia sanitaria. Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, su Información de salud podría utilizarse para examinar la calidad y seguridad de nuestros servicios, o para servicios de planificación empresarial, de gestión y administrativos. Podemos ponernos en contacto con usted para hablarle de opciones alternativas de tratamiento para usted o de otros beneficios o servicios que ofrecemos. Podemos también utilizar y divulgar su Información de salud a una compañía independiente que realice servicios para nosotros, como servicios de acreditación, jurídicos, informáticos o de auditoría. Estas compañías independientes se llaman “socios comerciales” y están obligados por ley a respetar la confidencialidad de su Información de salud. Podemos también divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y de otro tipo, y otro personal de UCSF para fines educativos y para mejorar el desempeño.

Recordatorios de citas. Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle que tiene una cita en UCSF.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos ponernos en contacto con usted con la información de contacto que usted nos ha proporcionado, para ofrecerle información sobre actividades patrocinadas por UCSF, incluidos programas y eventos para la recaudación de fondos. Podemos utilizar información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, la fecha de nacimiento, el nombre del médico, el resultado de la atención médica que recibió, el departamento donde recibió servicios y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en UCSF. Si no desea recibir información sobre recaudación de fondos para UCSF, póngase en contacto con nosotros en HIPAAOptOut@ucsf.edu, o 1-888-804-4722 o escriba al Records Manager, UCSF, Box 0248, San Francisco, CA 94143-0248.

Directorio del hospital. Si se le admite al hospital, podemos incluir cierta información limitada acerca de usted en el directorio del hospital. Esto se hace para que su familia, sus amigos y el clero puedan

visitarle en el hospital y saber en general cómo se encuentra. Esta información puede incluir su nombre, su número de habitación, su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, salvo su afiliación religiosa, puede también divulgarse a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede darse a miembros del clero, como pastores o rabinos, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Tiene la posibilidad de limitar la divulgación de la información del directorio informando de ello al Departamento de Admisiones de UCSF en el momento de su ingreso al hospital.

Si se le admite a un hospital psiquiátrico, la divulgación que hacemos de esta información sobre usted será más limitada.

Individuos involucrados en su atención o en el pago de ella. Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica; por ejemplo, un amigo, familiar, representante personal o cualquier individuo que usted identifique. Podemos también dar información a alguien que ayude a pagar por su atención. Podemos también informar a su familia o amigos de su estado general y decirles que está en el hospital.

Operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe. Podemos divulgar Información de salud sobre usted a una entidad que preste servicios de asistencia en operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe de manera que pueda notificarse a otros sobre su estado, condición y lugar.

Investigación científica. La Universidad de California es una institución dedicada a la investigación científica. Podemos divulgar Información de salud sobre usted para fines de investigación, sujeto a las provisiones de confidencialidad de las leyes estatales y federales. Todos los proyectos de investigación que involucren a pacientes o la información sobre pacientes vivos realizados por la Universidad de California deben aprobarse a través de un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes.

Además de divulgar información de salud para fines de investigación científica, los investigadores pueden contactarle con la información de contacto que nos proporcionó usted, para ver si tiene interés en participar en ciertos estudios de investigación. Los investigadores solamente pueden contactarle si están autorizados a hacerlo en virtud del proceso de revisión especial. Usted solo pasará a formar parte de uno de estos proyectos de investigación si acepta hacerlo y firma un formulario de permiso específico llamado una Autorización. Cuando estén aprobados a través de un proceso de revisión especial, podrían realizarse otros estudios que utilicen su Información de salud sin que se necesite su autorización. Estos estudios no interferirán con su tratamiento o bienestar, y su Información de salud seguirá estando protegida.

Según lo requiera la ley. Divulgaremos Información de salud sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales o estatales. Tal como el departamento federal de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés), la oficina que regula las normas de HIPAA.

Para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad. Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se hará a alguien que esté en condiciones de ayudar a detener o reducir la amenaza.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su Información de salud a organizaciones dedicadas a la obtención, depósito (bancos) o trasplante de órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y excombatientes. Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de salud sobre usted a las autoridades del mando militar según lo autorice o requiera la ley.

Indemnización por accidentes laborales. Podemos divulgar Información de salud sobre usted para la indemnización por accidentes laborales (compensación laboral) o programas similares según lo autorice o requiera la ley. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Divulgaciones de salud pública. Podemos divulgar Información de salud sobre usted para actividades relacionadas con la salud pública como:

- Prevenir y controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- Notificar eventos vitales, como nacimientos y defunciones;
- Notificar casos de abuso y negligencia infantiles;
- Notificar acontecimientos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos, o defectos o problemas con productos;
- Notificar a personas de la retirada del mercado, reparaciones o sustituciones de productos que puedan estar usando; o
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que podría tener riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección.

Informes de abuso y negligencia. Podemos divulgar su Información de salud a una autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar Información de salud a agencias gubernamentales, licenciatarias, auditoras y acreditadoras, según lo autorice o requiera la ley.

Demandas y otros procesos legales. Podemos divulgar Información de salud a tribunales, abogados y empleados del sistema judicial. Podemos también divulgar Información de salud sobre usted en respuesta a una resolución judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de inspección, orden judicial u otro proceso legal.

Aplicación de la ley. Si se nos pide por razón de aplicación de la ley, y según lo autorice o requiera la ley, podemos divulgar Información de salud:

- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material, ciertos prófugos o una persona desaparecida;
- Sobre una posible víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que se sospeche que es consecuencia de una conducta criminal;
- Sobre una conducta delectiva en UCSF; o
- En caso de una emergencia médica, para informar de un crimen, el lugar del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió el crimen.

Presos. Si usted es un preso en una institución penitenciaria o está bajo la custodia de agentes de la autoridad o funcionarios de policía, podemos divulgar Información de salud sobre usted a la institución penitenciaria según lo autorice o requiera la ley.

Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la defunción. Podemos también divulgar información médica sobre pacientes de UCSF a directores de funerarias según sea necesario para que cumplan con sus responsabilidades.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. Según lo requerido por la ley, podemos divulgar Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para servicios de inteligencia y contrainteligencia, y para otras actividades de seguridad nacional.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Según lo requerido por la ley, podemos divulgar Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estados extranjeros.

Notas psicoterapéuticas. Las notas psicoterapéuticas son notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es un profesional de salud mental, documentando o analizando el contenido de una conversación durante una sesión de psicoterapia privada o una sesión de psicoterapia en grupo, conjunta o familiar, y que se mantienen separadas del expediente médico del individuo.

Las notas psicoterapéuticas tienen protección adicional bajo la legislación federal y la mayor parte de los usos o divulgaciones de información psicoterapéutica requieren de su autorización por escrito.

Mercadeo o venta de Información de salud. El uso y divulgación de su Información de salud para fines de mercadeo o cualquier venta de su Información de salud están limitados estrictamente y requerirán de su autorización por escrito.

Otros usos y divulgaciones de Información de salud. Los otros usos y divulgaciones de Información de salud no descritos en este Aviso están sujetos a su autorización por escrito y solo se realizarán si se cuenta con dicha autorización. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su Información de salud, puede revocar dicha autorización, por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no será efectiva para información que ya hayamos utilizado y divulgado con base en la autorización.

Sus derechos con respecto a su Información de salud

Su Información de salud es la propiedad de UCSF. Tiene los siguientes derechos en relación con la Información de salud que mantenemos sobre usted:

El derecho de revisar y copiar. Salvo ciertas excepciones, tiene el derecho a examinar y a recibir una copia de su Información de salud. Si tenemos la información en formato electrónico, tiene el derecho a recibir su Información de salud en formato electrónico si sea posible para nosotros hacerlo. Si no, acordaremos con usted una forma para que reciba la información bien electrónicamente o bien como copia impresa.

Usted puede solicitar que le enviemos una copia de su información de salud a otra persona o entidad designada por usted.

Para examinar o recibir una copia de su Información de salud, debe enviar su solicitud por escrito a UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 . Si solicita una copia de la información, tendrá que abonar la tarifa por este servicio.

En ciertas circunstancias limitadas podemos denegar su solicitud de examinar o de recibir una copia. Si se le deniega el acceso a la Información de salud, en la mayoría de los casos, podrá solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario certificado y elegido por UCSF revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Acataremos al resultado de la revisión.

El derecho a solicitar una enmienda o una adenda. Si cree que la Información de salud que tenemos sobre usted no es correcta o es incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información o que agreguemos una adenda (adición al expediente médico). Tiene el derecho a solicitar una enmienda o adición en tanto y cuanto que la información sea mantenida por o para UCSF.

Enmienda. Para solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud por escrito y enviarla a Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. Debe indicar con precisión la información que cree que no es correcta o que está incompleta, y debe aportar una razón que respalde la solicitud.

Nosotros podemos denegar su solicitud de una enmienda si no la hace por escrito, si no podemos determinar a partir de la solicitud qué tipo de información solicita que se cambie o corrija, o si su solicitud no incluye una razón que justifique el cambio o la adición. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creada por UCSF;
- No forma parte de la Información de salud mantenida por o para UCSF;
- No forma parte de la información que usted está autorizado a examinar y copiar; o
- UCSF cree que es exacta y que está completa.

Adenda. Para solicitar una adición, debe hacerlo por escrito y enviarla a Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. Una adición no debe tener más de 250 palabras por punto supuestamente incompleto o incorrecto en su expediente médico.

Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Información de salud.

Para solicitar este detalle de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no puede ser superior a los seis años anteriores. Tiene derecho a recibir un detalle gratuito por cada período de 12 meses. Si solicita un segundo detalle dentro de un mismo período de 12 meses, se aplicará una tasa por el trabajo de compilar el detalle. Le notificaremos de la tasa aplicada y usted podrá retirar o modificar la solicitud en ese momento, antes de incurrir en ningún gasto.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que se imponga una restricción o limitación en la Información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la atención médica. Tiene también derecho a solicitar que se imponga un límite en la Información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté implicado en su atención o en el pago por su atención, como un familiar o un amigo.

Para solicitar una restricción, debe enviar su solicitud por escrito a Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quiénes desea aplicar los límites (por ejemplo, solo a usted y su cónyuge). No estamos obligados a aceptar su solicitud salvo en la circunstancia limitada descrita a continuación. Si aceptamos, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionarle atención médica de urgencia.

Estamos obligados a aceptar su solicitud de no compartir su información con su plan de salud si se cumplen las condiciones siguientes:

- No estamos obligados de ninguna otra forma por ley a compartir la información;

- La información se compartiría con su compañía de seguro para fines de pago; y
- Usted paga el importe total adeudado por la atención médica o el servicio de su propio bolsillo o alguien paga el importe total por usted.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su Información de salud en una forma determinada o en una dirección o lugar determinados. Por ejemplo, podría pedir que nos pongamos en contacto con usted solo en casa o solo a través de correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito a Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. Responderemos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se le contacte.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia impresa de él.

Hay copias de este aviso a disposición de los interesados a través de UCSF, o puede obtener una copia en nuestro sitio web, <http://www.fresno.ucsf.edu/alzheimer-memory-center/>.

Derecho a ser notificado de una violación de la seguridad. Tiene el derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios comerciales descubriera una violación de la seguridad de la información de salud sobre usted que no fuera asegurada adecuadamente.

Cambios a las prácticas de privacidad de UCSF y a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad de UCSF y este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea vigente para la Información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual a través de UCSF. Además, en cualquier momento puede solicitar una copia del aviso actualmente vigente.

Preguntas o quejas

Si tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. Si cree que sus derechos de privacidad han sido quebrantados, puede presentar una queja a UCSF Health o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Para presentar una queja por escrito a UCSF, póngase en contacto con Patient Relations, UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center, 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 , teléfono 1-559-227-4810, fax 1-559-227-4167. No se le penalizará por presentar una queja.



GENERAL INFORMATION

Alzheimer & Memory Center

2335 E Kashian Ln, #301
Fresno, CA 93701

Tel: 559-227-4810
Fax: 559-227-4167

Loren I. Alving, M.D.
Director
Neurologist

Alex C. Sherriffs, M.D., ABFM
Co-Director
Family Practice

Dzung Trinh, M.D., FACP
Geriatrics

Beverly Chang, M.D.
Psychiatry

Toni Onkka, LCSW
Social Worker
Andres Sviercovich, MSW
Social Worker

Benicia Goka, M.D.
Neuroscientist

Anna Salazar
Administrative Assistant
Patient Relations

Email:
alz@fresno.ucsf.edu

Website:
www.fresno.ucsf.edu/alzheimer

Thank you for choosing the UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center (AMC). The AMC is committed to clinical excellence in meeting your health care needs. The following information is provided to answer frequently asked questions concerning the evaluation process. Please call the AMC with any concerns or other questions that you may have.

Diagnostic Testing includes:

- **Family Interview:** Obtaining a detailed history of cognitive and physical changes is critical for an accurate diagnosis.
- **Medical Examinations:** Neurological, physical, and psychiatric examinations may be conducted to identify treatable and contributing medical or psychological conditions.
- **Neuropsychological Assessment:** The pattern of difficulties in thinking abilities is also helpful in determining a diagnosis. The AMC evaluates strengths and weaknesses that are important considerations for treatment and lifestyle planning.
- **Diagnostic Tests:** May be scheduled for the patient at local facilities on an outpatient basis. These can include a CT/MRI scan of the brain and blood work to rule reversible causes of dementia.
- **Home Visit:** Sometimes a home visit is necessary to evaluate a person in familiar surroundings to complete the overall assessment.
- **Multidisciplinary Conference:** Before a diagnosis is made, the team reviews its findings, develops an individualized treatment plan, and determines its recommendations.
- **Family Conference:** The diagnosis and recommendations are explained to the patient and family.

The AMC is affiliated with the University of California, San Francisco School of Medicine (UCSF). UCSF is a teaching, research and healthcare institution. Residents, interns, medical students, students of ancillary healthcare professions, post-graduate fellows and other trainees may observe, examine, and participate at the request and under the supervision of the attending physician in the patient's care, as part of UCSF's medical education programs.

*****In consideration of those who are sensitive to environmental odors created by chemicals and perfumes, please do not use fragrances when visiting this office.*****

Financial and Billing Policies

We understand that billing and payment for health care services can be confusing and complicated. It is important for you to know the information contained in your specific health plan, including any co-payments, co-insurances, deductibles and other provisions. If you have any questions, call your health plan's member services department-their number is listed in your benefit plan booklet or on your ID card.

- **Bring Your Health Information:** This includes CA ID/drivers license, all insurance cards, and authorization/referral forms. We will ask that you sign forms such as a release of medical information, patient information sheet, notice of disclosure, and possibly additional forms depending on your visit.
- **Co-Payments, Deductibles and Co-Insurance:** Co-pay's are due at time of your office visit. Under the terms of our contract with the various insurance plans we cannot waive any co-payments, deductibles, or co-insurance amounts defined as patient responsibility. If you have any questions regarding your co-payments or deductibles, please call your insurance company. For your convenience we accept checks (payable to: UC REGENTS), debit, VISA and MasterCard. For the safety of staff and patients **WE CANNOT ACCEPT CASH.**
- **Patient Responsibility Balances:** All patient responsible balances must be paid in full or a financial arrangement made at the time of your visit.
- **Deposits:** For certain procedures, or when paying out of pocket, you may be required to pay a deposit or pay for the service in full prior to treatment.
- **Prior Authorization:** Most health plans require authorization for elective services. If your insurance company decides your service was not medically necessary, or is not a covered service, you will be asked to pay prior to the time of service.
- **HMO/Managed Care Plans:** It is your responsibility to make sure a current referral has been obtained for your care with our providers. If a referral has not been obtained, the AMC will not be able to schedule any appointments until such referral is obtained. We realize this in an inconvenience, but without the referral our physicians will not be reimbursed for the services provided.
- **Medicare/Medicaid or Other Groups Insurance Policies:** I agree to pay the AMC, and AMC physicians associated with the AMC evaluation, the balance due of all charges not paid for by Medicare, Medicaid, or other group insurance plans (excluding those charges not collectible pursuant to Medicare regulation). This may include costs of collection and/or reasonable attorneys' fees.
- **Multidisciplinary Team Meeting (MDT):** The \$200 dollar out-of-pocket charge is for the multidisciplinary team meeting of staff involved with the evaluation to assess all the information gathered. This charge is not covered by Medicare, Medicaid, or any other group insurance plans.
- **Inform the AMC of Changes:** If you are a current patient, please inform the AMC if your personal or insurance information has changed since your last visit. The lack of current information may cause delays in care and result in your having to pay for the cost of the entire visit.



Patient Name: _____ DOB: _____

- **No Show/ Appointment Cancellation Policy:** We would like to provide you with outstanding service. This, however, requires your cooperation. If you are unable to keep a scheduled appointment, please call us at least 24 hours in advance so we can give this appointment to another patient.
- If you fail to keep an appointment or do not call at least 24 hours in advance, you are considered a “NO SHOW”. We charge a \$35.00 fee for “NO SHOWS” which is not covered by any insurance plans.

I have read, understand and agree to the above NO SHOW/appointment cancellation policy and fully agree to each of the statements and agreements herein, by signing below as my free and voluntary act.

Patient Signature or POA Representative

Date



UCSF Alzheimer & Memory Center (AMC)

Personal Representative

In the space below, if so desired, please indicate any personal representative (an individual who is permitted to receive or know information concerning your healthcare for the period of 12 months from the date you sign this form). If your designated personal representative changes during the time, this form is in effect, you must contact the AMC in writing to request the changes.

Name(s) of personal representative:

1. _____ Relationship to you: _____

Phone number: _____

A personal representative as defined under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) is any family member, friend, or individual designated by the patient to whom the patient's health information may disclosed.

Patients Name: _____ DOB: _____

Patients Signature

Date

Alzheimer & Memory Center

AUTHORIZATION TO RELEASE/EXCHANGE PATIENT RECORDS

(A copy or facsimile of this form is as valid as the original)

TO: _____
(Doctor or Institution)

NAME OF PATIENT: _____

SSN: _____ DOB: _____

NOTICE: UCSF and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals and health plans are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state or federal confidentiality laws. **YOUR RIGHTS:** This authorization to release health information is voluntary. Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this Authorization except in the following cases: (1) to conduct research-related treatment, (2) to obtain information in connection with eligibility or enrollment in a health plan, (3) to determine an entity's obligation to pay a claim, or (4) create health information to provide to a third party.

Authorization includes the release of **all** records with documentation of treatment and/or follow-up care pertaining to mental health and other information as specified below:

- ☐ Brief summary of medical history including medications
- ☐ Reports of EKG, CXR, EEG, and lab work done in the last year
- ☐ Neuropsychological Assessment
- ☐ Neurological Assessment
- ☐ Brief summary of psychiatric history including medications
- ☐ MRI or CT Scan (Please send films and report of BRAIN MRI/CT scan only)

EXPIRATION OF AUTHORIZATION: Unless otherwise revoked, **this Authorization will expire 5 Years** after the date of my signing this form.

This Authorization may be revoked at any time. The revocation must be in writing, signed by me or my representative, and delivered to: UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center (AMC), 2335 E Kashian Ln, #301 Fresno, CA 93701 . The revocation will take effect when UCSF Fresno AMC receives it, except to the extent UCSF AMC or others have already relied on it.

I hereby authorize the UCSF Fresno Alzheimer & Memory Center to exchange information with any agency, professional or person that is deemed necessary. **I am entitled to receive a copy of this Authorization.**

Print Name

Date

Signature (Patient, or individual with assigned
Power of Attorney or Conservatorship)

Witness (if patient is unable to sign) or
interpreter

HEALTH INFORMATION

Please list Health Care Providers (Medical Doctors, Psychiatrists, Psychologists, Therapists, Hospitals, and Facilities) utilized over the past 5 years.

1. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____
2. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____
3. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____
4. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____
5. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____
6. Name: _____ Specialty: _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone: _____
Reason for Care _____

University of California, San Francisco, Fresno Photography & Audio/Video Recording Consent Form

UCSF Fresno Center for Medical Education and Research
155 North Fresno Street, Fresno, CA 93701

Authorization and Consent to Photograph, Publish and Release Information

I give permission and authorize The Regents of the University of California, University of California, San Francisco, including the UCSF Fresno Medical Education Program and affiliated programs, and its personnel, their officers, agents, employees and students, to take photographs of me, to interview me, to publish, print and broadcast my voice and image to be used for educational purposes in resident/physician training, for patient and resident education and for the promotion of UCSF Fresno and various UCSF Fresno affiliated programs through the use of brochures, publications, posters, printed materials, displays, signs, TV/Video broadcast and internet/web.

I understand that I have the right to request that photography/video session end at any time during the session.

I understand that I have the right to withdraw my consent at any time, until a reasonable time before the photograph or videotape is used. Please contact the UCSF Fresno Educational Media Services department at ems@fresno.ucsf.edu to withdraw your consent. A written request for withdrawal of consent can be mailed to UCSF Fresno.

The photographs or videos will be stored by the UCSF Fresno Educational Media Services Department and will be destroyed when no longer needed. Photographs and videos include any electronic or audio recording media. The term "photograph," as used in this agreement shall mean motion picture or still photography in any format, as well as videotape, videodisc, web and any other means of recording and reproducing visual images and sound.

I release the UC Regents and the UCSF Fresno Medical Education Program, its personnel and its affiliated programs from any and all liability which may or could arise from the taking, recording, publication, distribution or other use of photography and audio/video media.

IN ALL CASES

I waive any right to compensation. I hold the UC Regents and their designees harmless from and against any claim for injury and or compensation resulting from the activities authorized by this agreement.

Date: _____

Print Name: _____ Signature: _____

If subject/patient is under the age of 18, parent or legal guardian authorization is required below

Print Name: _____ Signature: _____

ADDRESS: _____

City/State/Zip _____ Telephone: (_____) _____

Witness (if unable to sign):

Print Name: _____ Signature: _____

DRIVING DURING THE EVALUATION

Alzheimer & Memory Center

2335 E Kashian Ln, #301
Fresno, CA 93701

Tel: 559-227-4810
Fax: 559-227-4167

Loren I. Alving, M.D.
Director
Neurologist

Alex C. Sherriffs, M.D., ABFM
Co-Director
Family Practice

Dzung Trinh, M.D., FACP
Geriatrics

Beverly Chang, M.D.
Psychiatry

Toni Onkka, LCSW
Social Worker

Andres Sviercovich, MSW
Social Worker

Benicia Goka, M.D.
Neuroscientist

Anna Salazar
Administrative Assistant
Patient Relations

Email:
alz@fresno.ucsf.edu

Website:
www.fresno.ucsf.edu/alzheimer

Due to difficulties that patients with dementia may have driving, we ask that once our evaluation is started, **patients refrain from driving during the course of this evaluation until the family conference has concluded.** Our evaluations can help us to determine if patients are at increased risk when driving; at the family conference, we will present our recommendations on driving.

Also, please note that if we make a diagnosis of dementia, we are required by law to send a report stating such to your local Department of Motor Vehicles.

By signing, I acknowledge that I have read the above.

Signature of Patient
(or individual with assigned Power of Attorney or Conservatorship)

Signature of Careprovider

Relationship to Patient

Date: _____



Fresno Medical Education Program

Alzheimer & Memory Center Patient Information

(To be filled out by the patient or patient representative)

Patient Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Address: _____
(Street) (Apt.#) (City) (State) * (Zip Code)

Telephone Number: Home () _____ Cell/Work: () _____

Date of Birth: _____ Social Security #: _____ Please circle: Male ☐ Female ☐

1. Primary Insurance Name: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Name of Policy Holder: _____
Policy Holder SS#: _____ Policy Holder DOB: _____
Relationship to Patient: _____
Insurance ID: _____ Group #: _____ Effective Date: _____

2. Secondary Insurance Name: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Name of Policy Holder: _____
Policy Holder SS#: _____ Policy Holder DOB: _____
Relationship to Patient: _____
Insurance ID: _____ Group #: _____ Effective Date: _____

Guarantor Name: _____
Last First Middle Relationship to Patient

Address: _____

Telephone Number: Home () _____ Cell/Work: () _____

Please sign below to acknowledge the following statement:

I request that payment of authorized Medicare or medical benefits to which I am entitled be made either to me or on my behalf to the Alzheimer & Memory Center (AMC) for any services furnished me by the AMC. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits payable to related services. I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If other health insurance coverage is indicated in Item 9 of the HCFA-1500 claim form or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown. If I am unable to sign this form, my representative may sign on my behalf. In Medi-care assigned cases, the AMC agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier.

*****I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance*****

Signature: _____ by _____ Date: _____
(Patient) (Representative signature)

Representative's relationship to patient

Representative's address (street) (city) (state) (zip)

NOTICE OF DISCLOSURE

DATE: _____

Alzheimer & Memory Center

2335 E Kashian Ln, #301
Fresno, CA 93701

Tel: 559-227-4810
Fax: 559-227-4167

I, _____ of _____
(NAME) (STREET) (CITY) (ZIP)

Loren I. Alving, M.D.
Director
Neurologist

Alex C. Sherriffs, M.D., ABFM
Co-Director
Family Practice

Dzung Trinh, M.D., FACP
Geriatrics

Beverly Chang, M.D.
Psychiatry

Toni Onkka, LCSW
Social Worker

Andres Sviercovich, MSW
Social Worker

Benicia Goka, M.D.
Neuroscientist

Anna Salazar
Administrative Assistant
Patient Relations

understand that the \$200.00 fee for the Multi-Disciplinary Team Meeting

associated with the evaluation of _____ at the UCSF
(NAME OF PATIENT)

Fresno Alzheimer & Memory Center is not a covered service by my insurance
company and is my responsibility to pay.

Signature of Guarantor

Date

Email:
alz@fresno.ucsf.edu

Website:
www.fresno.ucsf.edu/alzheimer

FORMA A

Fecha: _____

UCSF FRESNO ALZHEIMER & MEMORY CENTER

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Persona completando esta forma: _____ Relación con Paciente: _____

*** Por favor liste todas las medicaciones, vitaminas, y hierbas que el paciente está tomando. ****

<u>NOMBRE</u>	<u>DOSIS</u>	<u>FRECUENCIA</u>
<u>Ejemplo: Wxyzmed</u>	<u>325 mg</u>	<u>dos veces al día</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____
13. _____	_____	_____

****Alergias a medicamentos:** _____

Farmacia de preferencia: _____

Nombre

dirección

Ciudad código postal

Teléfono

FUNCIONAMIENTO ACTUAL

¿Qué síntomas está experimentado en este momento? *En caso afirmativo, explique.*

Sí	No
☐	☐ Pérdida de memoria de eventos recientes _____
☐	☐ Pérdida de memoria de eventos remotos _____
☐	☐ Se desorienta _____
☐	☐ Deambula _____
☐	☐ Cambios en hábitos alimenticios _____
☐	☐ Come mas _____
☐	☐ Come menos o prefiero más dulce _____
☐	☐ Cambios en hábitos de dormir _____
☐	☐ Depresión _____
☐	☐ Agresión _____
☐	☐ Física _____
☐	☐ Verbal _____
☐	☐ Alucinaciones (tipo, frecuencia) _____
☐	☐ Paranoia/Sospechas infundadas _____
☐	☐ Oculta cosas _____
☐	☐ Disminución de actividades sociales _____
☐	☐ Perdida de interesar en actividades preferidas _____
☐	☐ Falta de conciencia de eventos actuales _____
☐	☐ ¿Problemas reconociendo personas familiares? ¿Quien? _____

INFORMACION DE SALUD

Indicar las condiciones que la paciente tiene ahora o a tenido en el pasado

General

- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Pérdida de peso

Corazón

- ☐ Colesterol alto
- ☐ Insuficiencia cardíaca congénita
- ☐ Latido irregular
- ☐ Presión alta de la sangre
- ☐ Ha tenido ataque de corazón
- ☐ Cirugía de bypass (año: ____)
- ☐ Marcapasos (año: ____)

Ojos/Oídos/Nariz

- ☐ Glaucoma
- ☐ Discapacidad visual
- ☐ Discapacidad auditiva
- ☐ Audífonos: I D; Usa: Sí/No
- ☐ Alergias

Livianos

- ☐ Asma
- ☐ Enfisema

Cáncer Tipo _____
Año de diagnóstico _____
Tratamiento: ☐ radiación
☐ quimio
☐ otra

Abdominal

- ☐ Úlceras
- ☐ Dolor abdominal

Endocrina

- ☐ Diabetes
- ☐ Trastorno de la tiroides
- ☐ Deficiencia de B12
- ☐ Histerectomía

Huesos & Articulaciones

- ☐ Artritis
- ☐ Fracturas de Cadera/Pierna
- ☐ Tuberculosis

Infecciones

- ☐ Sífilis, historia de
- ☐ Infección crónica de vejiga

Piel

- ☐ Úlceras por presión
- ☐ Infecciones de piel

Sangre

- ☐ Anemia
- ☐ Leucemia

Riñón/Vejiga

- ☐ Incontinencia
- ☐ enfermedad de riñones

Cabeza y Cuello

- ☐ Dificultades al hablar
- ☐ Dificultades al tragar

Cerebro

- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Epilepsia/Convulsiones
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Derrame cerebral, año _____
- ☐ TIA, año _____
- ☐ Golpe de cabeza
 - ☐ Con pérdida de conciencia
 - ☐ Sin pérdida de conciencia
 - ☐ No se sabe

Salud mental

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión: fecha _____
hospitalización _____
- Tratamiento _____
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Asesoramiento

Otros Problemas Médicos:

INFORMACION GENERAL

Lugar de nacimiento: _____ ¿Dónde se crió? _____ Uno de _____ hermanos.
(¿Si NO nació en California, cuando mudo a California? _____)

Por favor marque el nivel de educación más alto adquirido:

☐ Licencia profesional o de doctorado (en _____)

☐ Maestría (en _____)

☐ Diploma de Bachiller (en _____)

☐ A.A./Vocacional/licencia técnica (en _____)

☐ Se graduó de la secundaria /GED

Si no tiene un diploma de escuela secundaria/GED, ¿hasta qué grado completo? _____

¿Cuál fue la principal ocupación/trabajo del paciente? _____

¿Cuál fue la principal ocupación/trabajo de su pareja/cónyuge? _____

El estado marital del paciente:

☐ Casado/a: ☐ Nunca se ha casado ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Compañero/a doméstico/a

Si se ha casado ¿Cuántas veces? _____ ¿A qué edad(es)? _____ ¿Cuánto duro? _____

Número de hijos (y con quien los tuvo) _____ / _____ / _____
Pareja #1 Pareja #2 Pareja #3

¿Tiene el paciente una licencia de conducir válida? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo licencia #: _____ exp: _____)

¿Todavía está maneja? ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido accidentes recientemente? ☐ Sí ☐ No

Día del último accidente: _____ ¿El conductor fue culpable? ☐ Sí ☐ No

*******La ley de California requiere que nosotros hagamos un informe al Departamento de Salud, si nosotros hacemos una diagnosis de demencia. Este puede resultar en la perdida de privilegios de conducir, o que el paciente tenga que volver a tomar la prueba de conducción. Pedimos que todos nuestros pacientes se abstengan de conducir durante esta evaluación.**

¿El paciente fuma? ☐ Sí ☐ No (¿desde qué año?: _____) Cantidad: _____

☐ Antes (cuanto tiempo: _____, Cuanto cuesta: _____)

¿El paciente toma alcohol? ☐ Sí ☐ No (¿desde qué año? _____) Cantidad: _____

☐ Antes (Cuanto tiempo: _____, Cuanto cuesta: _____)

¿Hubo algún periodo en el cual el paciente tomaba en exceso? (ej.: 4 o más bebidas a la vez)

☐ Sí ☐ No: Año que empiezo a tomar en exceso _____

Número de años que duro este patrón _____

¿Tubo/tiene el paciente problemas de drogadicción (aparte de alcohol), incluyendo abuso de medicamentos de prescripción? ☐ Sí ☐ No

¿En caso afirmativo, que droga/s fueron usadas? _____

Año que empiezo a consumir droga/s _____

Año cuando dejo de consumir droga/s _____

HISTORIA SOCIAL

¿Cuál era la personalidad del paciente **antes** de que tuviera estos síntomas?

POR SEGURIDAD Debido a que las personas con demencia suelen tener problemas de juicio, preguntamos si hay presencia de pistolas o armas en casa. ☐ Sí ☐ No

¿En caso afirmativo, tiene el paciente acceso a estas armas? ☐ Sí ☐ No

HISTORIA DE MEDICAL POR LA FAMILIA

¿Han padecido los **familiares cercanos** del paciente de alguna condición médica o enfermedad? Circule **Si** o **No** por cada de las opciones presentadas. Familiares cercanos del paciente incluyen **padres, hermanos, hermanas, hijos, hijas**, etc.

Enfermedad

Miembro de la familia

☐ S ☐ N ☐ Demencia o sintamos de demencia

☐ S ☐ N ☐ Enfermedad de Alzheimer

☐ S ☐ N ☐ Enfermedad de Parkinson

☐ S ☐ N ☐ Síndrome de down

☐ S ☐ N ☐ Derrame Cerebral

☐ S ☐ N ☐ Enfermedad del corazón

☐ S ☐ N ☐ Psicosis primaria
(Ej. Ilusiones, esquizofrenia)

☐ S ☐ N ☐ Desorden de ánimo primario afectivo
(Ej. Depresión, manía)

☐ S ☐ N ☐ Problemas relacionados con Alcohol
(ej. abuso, dependencia)

☐ S ☐ N ☐ Alteración psiquiátrica mayor

Otras enfermedades en la familia de la paciente:

Para las preguntas 1-7, favor circular la categoría que mejor describen al paciente en su opinión.

1 = El paciente no puede hacer la actividad

.5 = El paciente puede hacer la actividad pero tiene dificultades

0 = El paciente puede hacer la actividad sin problemas

		No puede	hay problemas	Normal
1.	Puede orientarse en áreas familiares	☐ 1	☐ .5	☐ 0
2.	Puede hacer actividades domésticas	☐ 1	☐ .5	☐ 0
3.	Puede manejar pequeñas cantidades de dinero	☐ 1	☐ .5	☐ 0
4.	Puede recordar listas cortas de artículos	☐ 1	☐ .5	☐ 0
5.	Sabe dónde están las cosas adentro de la casa	☐ 1	☐ .5	☐ 0
6.	Interpretar alrededores (ej., conoce si esta en el hospital o en la casa, diseminar entre pacientes, doctores, enfermeras, familia, etc.)	☐ 1	☐ .5	☐ 0
7.	Puede recordar eventos recientes (ej. visitas de la familia, salidas recientes)	☐ 1	☐ .5	☐ 0

Para la pregunta 8, circule la respuesta que mejor describa su situación.

	Sí	Más de la Normal	No
8.	La tendencia a vivir/obsesionarse en el pasado. ☐ 1	☐ .5	☐ 0

HABITOS

Circule la respuesta que mejor describa cada situación:

Come:	Limpio y con utensilios apropiados	☐ 0	
	Ensucia mucho y no más con una cuchara	☐ 1	
	No más come comidas sencillas (ej. Galletas)	☐ 2	
	Necesitas ser alimentado/a por alguien más.	☐ 3	
Se viste:	Sin ayuda	☐ 0	
	De vez en cuando no puede abotonar correctamente	☐ 1	
	Frecuentemente olvida prendas o las pone en orden incorrecto.	☐ 2	
	No puede vestirse por sí mismo.	☐	3
Control de vejiga y heces:	Puede controlar completamente	☐ 0	
	De vez en cuando tiene un accidente en cama	☐ 1	
	Frecuentemente tiene accidentes en la cama	☐ 2	
	No puede controlar, se orina o defeca	☐ 3	

[para uso de oficina solamente. Total: _____]

Por favor circule UNA letra de todas las categorías que mejor describan al paciente en su opinión.

1. MEMORIA

- ☐ a. No tiene pérdida de memoria, a veces se olvida unas cosas
- ☐ b. Oliva cosas consistentemente; recuerda eventos parcialmente.
- ☐ c. Moderada pérdida de memoria. Se olvida eventos recientes y estos interfieren con actividades diarias.
- ☐ d. Grave pérdida de memoria; solo puede recordar cosas que solía hacer siempre. Incapaz de retener nueva información.
- ☐ e. Grave pérdida de memoria; solo existen recuerdos vagamente fragmentados.

2. ORIENTACION

- ☐ a. Es capaz de orientarse sin problemas.
- ☐ b. Se orienta completamente, pero tiene dificultades con saber qué hora es.
- ☐ c. Tiene dificultad de saber sobre tiempo y fecha. Sabe dónde se encuentra en ocasiones pero se pierde en otras.
- ☐ d. Grave dificultades con relación al tiempo, es desorientado en tiempo, y en lugar
- ☐ e. No más tiene orientación su persona, pero no a su entorno.

3. JUICIO Y SOLUCION DE PROBLEMAS

- ☐ a. Puede solucionar problemas diariamente, juicio es bueno en relación a su funcionamiento pasado.
- ☐ b. Tiene pocos problemas en solucionar problemas, y distinguir cosas similares o diferentes.
- ☐ c. Moderar dificultades en manejando problemas, similitudes, diferencias
- ☐ d. Tiene muchos problemas solucionando problemas. Juicio y habilidad de distinguir entre cosas similares o diferentes usualmente afectadas. .
- ☐ e. Completa falta de juicio o habilidad de resolver problemas.

4. ASSUNTOS DE COMUNIDAD

- ☐ a. Funciona a nivel habitual e independientemente en actividades como en el trabajo, de compras, en negocios, en finanzas, con grupos sociales y voluntariado.
- ☐ b. Poca dificultad en estas actividades.
- ☐ c. Es incapaz de hacer estas actividades sin ayuda. Se mira normal a primera vista.
- ☐ d. Es incapaz de ser independiente fuera de casa. Se mira suficientemente saludable como para poder sacarlo al público.
- ☐ e. Es incapaz ser independiente fuera de casa. Se mira muy enfermo como para poder sacarlo al público

5. CASA Y AFICIONES

- ☐ a. La vida en la casa, aficiones, e intereses intelectuales son mantenidas sin problemas.
- ☐ b. La vida en la casa, aficiones, e intereses intelectuales están siendo afectadas un poco.
- ☐ c. Deterioro pequeño pero definitivo de las funciones en el hogar. Dejó de hacer intereses y actividades del hogar que son un poco más complejas.
- ☐ d. Solo puede hacer actividades simples. Muy pocos intereses son preservados, y no los hace a menudo.
- ☐ e. Incapaz de funcionar o hacer cosas en el hogar.

6. CUIDADO PERSONAL

- ☐ a. Puede completamente hacerse cargo de sí mismo y su propio aseo.
- ☐ b. Necesita ayuda y guía para mantenerse aseado
- ☐ c. Necesita asistencia para vestirse, cuidar su higiene y mantener sus objetos personales.
- ☐ d. Necesita mucha ayuda con cuidado personal, y sufre de frecuente incontinencia.

FORMA B

UCSF FRESNO ALZHEIMER & MEMORY CENTER

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona completando esta forma: _____ Relación al paciente: _____

******Por favor escoja solamente una respuesta sobre su relación con el paciente:**

1) ¿Cuál es su relación al paciente?

- ☐ 1. esposa/esposo/pareja
- ☐ 2. hijo
- ☐ 3. hija
- ☐ 4. yerno
- ☐ 5. yerna
- ☐ 6. otro familiar
- ☐ 7. amigo/amiga
- ☐ 8. otros

2) ¿Con qué frecuencia usted ve al paciente?

- ☐ 1. todos los días
- ☐ 2. 4-6 días por semana
- ☐ 3. 2-3 días por semana
- ☐ 4. una vez por semana
- ☐ 5. una vez por dos semanas
- ☐ 6. una vez por mes
- ☐ 7. no más de una vez por mes

3) ¿Cuántas horas por semana ve al paciente? _____ [: 1 semana = 168 horas.]

4) ¿Cuántos años ha conocido al paciente? _____ años

5) ¿Cuál es su género? ☐ Hombre
☐ Mujer

6) ¿Cuántos años tiene usted? _____ años

LIVING ARRANGEMENT:

¿Quien vive con el paciente? _____

¿Si el paciente vive solo, a que distancia esta su domicilio al del paciente? _____

¿Quién es el/la cuidador/a principal? (la persona que da más cuidado)?

¿Quien es el/la segundo/a cuidador/a, puede ayudar en emergencias?

Por favor liste familiares o amigos del paciente que podrían dar más información de la salud del paciente

NOMBRE

RELACCION Y EDAD

DOMICILIO/TELEFONO

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

NECESIDADES DEL PACIENTE:

¿Son los arreglos de vivienda adecuados? ☐ Sí ☐ No

Si respondió NO, ¿cuáles opciones se han considerado y cuales han sido perseguidas?

Tiene preocupaciones o anticipa problemas para el paciente en estas áreas: ¿Comida/nutrición, autocuidado, salud física, administración de medicaciones, factores emocionales, socializando, factores financieros, o transportación?

☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

¿Tiene el paciente arreglos legales? ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No Tiene o va a tener un testamento de vida.

☐ Sí ☐ No Tiene un Advanced Health Care Directive o Durable Power of Attorney for Health Care.

¿Quién es el que toma las decisiones? _____

☐ Yes ☐ No ¿Tiene poder legal financiero?

¿Quién es el que toma las decisiones? _____

☐ Sí ☐ No Tienen asesoría legal.

☐ Sí ☐ No Arreglos para el cuidado del paciente en caso ausencia.

Necesidades del cuidador:

¿En este momento, sus arreglos de vivienda son apropiados? ☐ Sí ☐ No

¿Necesitas recursos para conseguir otra vivienda? ☐ Sí ☐ No

Describe el nivel de estrés causado por la enfermedad del paciente a el cuidador principal o la familia, o como este interfiere con el trabajo y otras actividades:

¿En qué maneras la familia ha tenido que cambiar o adaptar su forma de vivir para poder acomodar las necesidades del paciente en cuanto a sus cambios de comportamiento?

¿Tiene preocupaciones o anticipa problemas con el paciente en las siguientes áreas?:

Comida/Nutrición ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

Salud física ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

Asuntos financieros ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

Factores emocionales ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

Socializar/aficiones? ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, por favor de una explicación:*

** Como somos parte de uno de los Centros del estudio de Alzheimer en California, nos solicitan coleccionar esta información:

¿Cuál es la raza de la paciente?

☐ Blanco ☐ Otra Raza: _____

¿Es el paciente Hispano/Latino? ☐ No ☐ Sí (en caso afirmativo, circulo uno):

☐ Norte Americano (mexicano, México-americano, Chicano); Sur Americano; ☐

☐ Centro Americano; Puerto Rico; Cubano; Haitiano; Otro origen Español/Hispano/Latino
origen ☐ ☐ ☐ ☐

☐ Nativo Americano: (incluyendo indigena del Norte, Sur y Centro Americano)

Nativo de Alaska (incluyendo Aleut y Eskimo)

☐ Asiático (circule uno): Asiático indígena / Cambodia / Chino / filipino / japones / Hmong / Coreano / Latín / Vietnamés / Otro asiático: _____

☐ Negro, Afro-Americano ☐

☐ Isleño del Pacifico(circule uno): Nativo Hawaiiano / Guamaiaon / Samoense
otra isla del Pacifico: _____

¿Cuál es la orientación sexual del paciente?

☐ Prefiero no responder

☐ Heterosexual

☐ Gay o Lesbiana

☐ Trans-genero

☐ Bisexual

☐ No se

Direcciones: Por favor califique el nivel en la habilidad del paciente para hacer tareas cotidianas EN ESTE MOMENTO, en comparación con su habilidad hace diez años. En otras palabras, trate de recordar cómo funcionaba diez años antes, y como es hora. Califique los cambios considerando: 1) no hay cambio, 2) Ocasionalmente mal 3) no hace la actividad como hace diez años, 4) Hace la actividad mal o 5) no sé. Circule el número apropiado.	No hay cambio	Ocasionalmente mal	No hace la actividad como hace diez años	Hace la actividad mal	No se
En comparación de hace diez años existen cambios de.....Memoria					
1. Recordando que se tiene que comprar sin lista de compras.	1	2	3	4	9
2. Recordando cosas que pasaron recientemente (como visitas, o eventos en las noticias).	1	2	3	4	9
3. Recordando conversaciones de hace unos pocos días.	1	2	3	4	9
4. Recordando en donde deja objetos personales.	1	2	3	4	9
5. Recordando historias/ preguntas.	1	2	3	4	9
6. Recordando la fecha o día de semana.	1	2	3	4	9
7. Recordando algo que ya dijo antes a una persona.	1	2	3	4	9
8. Recordando citas, reuniones, o compromisos.	1	2	3	4	9
En comparación de hace diez años existen cambios de....Lenguaje					
1. Olvidando los nombres de objetos	1	2	3	4	9
2. Puede dar instrucciones verbales a otras personas.	1	2	3	4	9
3. Buscando las palabras correctas para usar en conversaciones.	1	2	3	4	9
4. Comunicando lo que piensa en conversaciones	1	2	3	4	9
5. Siguiendo la historia de una programa de televisión o de un libro.	1	2	3	4	9
6. Entendiendo lo que la otra persona está tratando de decir.	1	2	3	4	9
7. recordando la definición de palabras común.	1	2	3	4	9
8. Describiendo un programa que vio en la televisión	1	2	3	4	9
9. Entendiendo direcciones o instrucciones habladas	1	2	3	4	9
En comparación de hace diez años existen cambios de.... habilidades de visuales- espaciales					
1. Siguiendo un mapa para encontrar un lugar.	1	2	3	4	9
2. Leyendo un mapa y ayudando con instrucciones cuando alguien más está conduciendo.	1	2	3	4	9
3. Sabe dónde dejó estacionado el carro.	1	2	3	4	9
4. Sabe en dónde encontrarse en el centro comercial u otro lugar.	1	2	3	4	9
5. Sabe moverse en un barrio familiar.	1	2	3	4	9
6. Sabe moverse en una tienda familiar.	1	2	3	4	9
7. Sabe moverse en adentro de una casa que ha visitado antes	1	2	3	4	9

En comparación de hace diez años existen cambios de.....funcionamiento ejecutivo: planificación

1. planificación de secuencia de paradas en una viaje de compras.	1	2	3	4	9
2. Habilidad para anticipar cambios de clima y planificación (ej. Lleva chaqueta o paraguas).	1	2	3	4	9
3. Haciendo horarios por adelantado para eventos anticipados.	1	2	3	4	9
4. Pensando antes de reaccionar.	1	2	3	4	9
5. Pensando a futuro.	1	2	3	4	9

En comparación de hace diez años existen cambios de.....funcionamiento ejecutivo: organización

1. Manteniendo la casa o trabajo organizados.	1	2	3	4	9
2. Balancear un talonario de cheques.	1	2	3	4	9
3. Manteniendo records financieros organizados.	1	2	3	4	9
4. Priorizando tareas basadas en importancia.	1	2	3	4	9
5. Manteniendo papeles organizados.	1	2	3	4	9
6. Usando estrategias para manejar la administración de diferentes medicamentos.	1	2	3	4	9

En comparación de hace diez años existen cambios de.....Funcionamiento ejecutivo: atención dividida

1. Habilidad de hacer dos cosas a la vez.	1	2	3	4	9
2. Retornando a una tarea después de estar expuesto a distracciones.	1	2	3	4	9
3. Habilidad de concentrarse en una tarea sin distraerse con externas en el ambiente.	1	2	3	4	9
4. Trabajando o cocinando y hablando al mismo tiempo sin problemas.	1	2	3	4	9

Por favor de una respuesta a estas preguntas basado en los cambios ocurridos desde que el paciente empezó a tener problemas de memoria.

Marque “Sí” solo si el síntoma ha estado presente desde el mes pasado. En otras instancias marque “No”.

A todas las preguntas que marco “Sí”

Marque la **GRAVEDAD** del síntoma (**cuanto le afecta al paciente**):

- 1 = **No mucho** (notable, pero no es significativo)
- 2 = **Moderado** (significante, pero no hay un cambio dramático)
- 3 = **Grave** (prominente, un cambio dramático)

A todas las preguntas que marco “Sí”:

Marque el nivel de **ANGUSTIA** que usted experimento (**como le afecta**):

- 0 = **no tiene angustia**
- 1 = **Mínima** (Ligeramente angustiado, no es un gran problema de afrontar)
- 2 = **Ligero** (ligeramente angustiado, no es muy fácil de afrontar)
- 3 = **Moderado** (Bastante angustiante, no es muy fácil de afrontar)
- 4 = **Grave** (muy angustiante, no puede afrontar)
- 5 = **Extremo o Muy grave** (extremadamente angustiante, no puede afrontar)

1. Ilusiones

El paciente piensa que otras personas le están robando, o tienen planes para hacerle daño.

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

2. Alucinaciones

están presentes.

El paciente actúa como si estuviera teniendo conversaciones con personas que no

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

3. Agitación/Agresión

Es el paciente obstinado, no acepta la ayuda que necesita?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

4. Depresión/Disforia

¿Se mira cómo triste?

¿El paciente llora seguido?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

5. Ansiedad

¿El paciente se incomoda estando solo? ¿Tiene otros síntomas de nerviosismo, como dificultad para respirar, no se puede relajar, tiene más tensión?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

6. Elación/Euforia

¿El paciente se siente más de a buenas, o más feliz de lo normal?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

7. Apatía/Indiferencia

¿Tiene menos intereses en las actividades usuales, y en actividades de otras?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

8. Desinhibición

¿El paciente actúa con impulsividad, por ejemplo, habla con extraños como si se conocieran, o dice cosas que causa que hieren los sentimientos de otros?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

9. Irritabilidad/Labilidad

¿Es impaciente o está siempre de mal humor? ¿Tiene dificultades afrontando cosas que se tardan o esperando?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

10. Perturbación motora compulsivamente?

¿El paciente hace actividades con mucha repetición casi

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

11. Comportamientos nocturnos

¿El paciente despierta durante la noche, y se levanta muy temprano en la mañana, o toma muchas siestas durante el día?

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

12. Comiendo/apetito comida?

¿Hay cambios en el apetito de paciente, o cambios en gustos de la

☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo:

GRAVEDAD: 1 2 3

ANGUSTIA: 0 1 2 3 4 5

Circule la categoría que es más describe al paciente en su opinión. Los números elegidos deben ser basados en síntomas que ocurrieron hace UNA SEMANA.

0 = no presente

1 = ligero u ocasional

2 = grave

**no circule si los síntomas son crónicos o habituales. **

SENALES RELACIONADAS CON HUMOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ANSIEDAD - expresión de ansiedad, preocupante más de la normal | 0 | 1 | 2 |
| 2. TRISTEZA - reacciones tristes, tristeza, lagrimas | 0 | 1 | 2 |
| 3. NO TIENE REACCIONES – a eventos buenos | 0 | 1 | 2 |
| 4. IRRITABILIDAD – fácilmente molesto, es más temporada de usual | 0 | 1 | 2 |

TRASTORNADOS DEL COMPORTAMIENTO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 5. AGITACION – Inquietud, ansiedad, cambios de caligrafía | 0 | 1 | 2 |
| 6. RETARDACION - movimientos lentos, reacciones lentas, discurso lento | 0 | 1 | 2 |
| 7. QUEJAS FISICAS MULTIPLES -
(Marque 0 si solo son problemas gastrointestinales) | 0 | 1 | 2 |
| 8. PERDIDA DE INTERES – menos involucrado en actividades
(Marque solo si hay cambios desde hace 2-3 semanas) | 0 | 1 | 2 |

SINTOMAS FISICOS

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 9. PERDIDA DE APETITO – comiendo menos de lo usual | 0 | 1 | 2 |
| 10. PERDIDA DE PESO - (Marque 2 si perdió más de 5 libras en un mes) | 0 | 1 | 2 |
| 11. FALTA DE ENERGIA
Se fatiga fácilmente, no puede mantener actividades.
(Marque solo si hay cambios desde hace menos de un mes) | 0 | 1 | 2 |

FUNCIONAMIENTO CICLICO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 12. VARIACION DE HUMOR EN LA Mañana –
Los síntomas son peores en la mañana | 0 | 1 | 2 |
| 13. DIFICULTAD DE DORMIR- más tarde de usual | 0 | 1 | 2 |
| 14. SE DESPIERTA MUCHAS VECES EN LA NOCHE | 0 | 1 | 2 |
| 15. SE DESPIERTA TEMPRANO– más de lo usual | 0 | 1 | 2 |

IDEAS PROBLEMATICAS

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 16. SUICIDIO – piensa que no vale la pena vivir,
Tiene pensamientos suicidas | 0 | 1 | 2 |
| 17. AUTO DEPRICACION- culpabilidad, siente que ha fallado | 0 | 1 | 2 |
| 18. PESIMISMO – piensa en los peores escenarios | 0 | 1 | 2 |
| 19. ILUSIONES CON HUMOR- piensa que está enfermo o pobre
O que perdió seres amados. | 0 | 1 | 2 |

Total, Score _____

Forma de Utilización de Servicio

Indique los servicios que han recibido el paciente y cuidador en los últimos 3 meses.

TIPO DE SERVICIO	RECIPIENTE DE		SERVICIO	
	<u>PACIENTE</u>		<u>CUIDADOR</u>	
	Sí	No	Sí	No
a. Terapia psicológica (individual o de grupo)	☐	☐	☐	☐
b. Terapia familiar/marital	☐	☐	☐	☐
c. Grupo de apoyo en la comunidad (¿Donde?) _____	☐	☐	☐	☐
d. Atención primaria, doctor	☐	☐	☐	☐
e. Otros médicos (dental, PT, OT)	☐	☐	☐	☐
f. Manejos de casos	☐	☐	☐	☐
g. Servicios de transportación (no de emergencia)	☐	☐	☐	☐
h. Servicios de transportación de emergencia	☐	☐	☐	☐
i. Comidas de congregarse (el centro de seniors)	☐	☐	☐	☐
j. Comidas de entrega a casa (meals-on-wheels)	☐	☐	☐	☐
k. Servicios de cuidado en la casa (¿Quién?) _____	☐	☐	☐	☐
l. Empleada doméstica/ servicios higiénicos	☐	☐	☐	☐
m. Guardería para adultos	☐	☐	☐	☐
n. Guardería de Alzheimer, centros de recursos	☐	☐	☐	☐
o. Centros de recurso por cuidadores	☐	☐	☐	☐
q. Acilo de ancianos	☐	☐	☐	☐
r. Vida asistida (Nombre) (s): _____	☐	☐	☐	☐
s. Servicios de hospital para pacientes	☐	☐	☐	☐
t. Servicios de protección de adultos	☐	☐	☐	☐
u. Otros servicios (Especifique) _____	☐	☐	☐	☐

Patient Name: _____

Date: _____

Patient ID # _____

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Activities Points (1 or 0)	Independence (1 Point)	Dependence (0 Points)
	NO supervision, direction or personal assistance.	WITH supervision, direction, personal assistance or total care.
BATHING Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Need help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing
DRESSING Points: _____	(1 POINT) Get clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transfer aids are acceptable	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
FEEDING Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

TOTAL POINTS: _____

SCORING: 6 = High (*patient independent*) 0 = Low (*patient very dependent*)

Source:

try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, www.hartfordign.org.

See Reverse

MaineHealth

Functional Activities Questionnaire

In the past 4 weeks, did the patient have any difficulty or need help with:	Not applicable	Normal	Has difficulty, but does by self	Requires assistance	Dependent
1. Writing checks, paying bills, or keeping financial records	☐	☐	☐	☐	☐
2. Assembling tax records, business affairs, or papers	☐	☐	☐	☐	☐
3. Shopping alone for clothes, household necessities, or groceries	☐	☐	☐	☐	☐
4. Playing a game of skill or working on a hobby	☐	☐	☐	☐	☐
5. Heating water, making a cup of coffee, or turning off the stove	☐	☐	☐	☐	☐
6. Preparing a balanced meal	☐	☐	☐	☐	☐
7. Keeping track of current events	☐	☐	☐	☐	☐
8. Paying attention to, understanding, or discussing a TV program, book, or magazine	☐	☐	☐	☐	☐
9. Remembering appointments, family occasions, holidays, or medications	☐	☐	☐	☐	☐
10. Traveling out of the neighborhood, driving, or arranging to take busses	☐	☐	☐	☐	☐

Adapted from: Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982 May;37(3):323-329 by permission of the Gerontological Society of America.

PLEASE KEEP FOR YOUR RECORDS.

Caregiver Self-Assessment Questionnaire

How are you?

American Medical Association
Physicians dedicated to the health of America



Distributed by:



Caregivers are often so concerned with caring for their relative's needs that they lose sight of their own wellbeing. Please take just a moment to answer the following questions. Once you have answered the questions, turn the page to do a self-evaluation.

During the past week or so, I have...

1. Had trouble keeping my mind on what I was doing ☐ Yes ☐ No
2. Felt that I couldn't leave my relative alone..... ☐ Yes ☐ No
3. Had difficulty making decisions ☐ Yes ☐ No
4. Felt completely overwhelmed..... ☐ Yes ☐ No
5. Felt useful and needed ☐ Yes ☐ No
6. Felt lonely ☐ Yes ☐ No
7. Been upset that my relative has changed so much from his/her former self..... ☐ Yes ☐ No
8. Felt a loss of privacy and/or personal time ☐ Yes ☐ No
9. Been edgy or irritable ☐ Yes ☐ No
10. Had sleep disturbed because of caring for my relative ☐ Yes ☐ No
11. Had a crying spell(s) ☐ Yes ☐ No
12. Felt strained between work and family responsibilities..... ☐ Yes ☐ No
13. Had back pain ☐ Yes ☐ No
14. Felt ill (*headaches, stomach problems or common cold*) ☐ Yes ☐ No

15. Been satisfied with the support my family has given me ☐ Yes ☐ No
16. Found my relative's living situation to be inconvenient or a barrier to care ☐ Yes ☐ No
17. On a scale of 1 to 10, with 1 being "not stressful" to 10 being "extremely stressful," please rate your current level of stress. _____
18. On a scale of 1 to 10, with 1 being "very healthy" to 10 being "very ill," please rate your current health compared to what it was this time last year. _____

Comments:

(Please feel free to comment or provide feedback)

For additional tools for caregiving or aging, visit www.CaregiversLibrary.org

To Determine the Score:

- 1.Reverse score questions 5 and 15. (For example, a “No” response should be counted as “Yes” and a “Yes” response should be counted as “No”)

- 2.Total the number of "yes" responses.

Chances are that you are experiencing a high degree of distress:

- If you answered “Yes” to either or both Questions 4 and 11; or
- If your total “Yes” score = 10 or more; or
- If your score on Question 17 is 6 or higher; or
- If your score on Question 18 is 6 or higher.

Next steps:

- Consider seeing a doctor for a check-up for yourself.
- Consider having some relief from caregiving. (Discuss with the doctor or a social worker the resources available in your community.)
- Consider joining a support group

Valuable Resources for Caregivers:

Eldercare Locator:
(a national directory of
community services)
1-800- 677-1116
[www.aoa.gov/elderpage/
locator.html](http://www.aoa.gov/elderpage/locator.html)

Family Caregiver Alliance
1-415- 434-3388
www.caregiver.org

Medicaid Hotline
Baltimore, MD
1-800-638-6833

National Alliance for
Caregiving
1-301-718-8444
www.caregiving.org

National Family
Caregivers Association
1-800 896-3650
www.nfcacares.org

National Information
Center for Children and
Youth with Disabilities
1-800-695-0285
www.nichcy.org

Local Resources and Contacts:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page.

For additional tools for caregiving or aging, visit www.CaregiversLibrary.org

SOCIAL AND BEHAVIORAL FOLLOW-UP INFORMATION

Name: _____

AGE: _____

Does the patient have any of these symptoms? Are they problematic when thinking about caring for them? Explain/describe if necessary.

Agitation/Anxiety: _____

Hallucinations: _____

Wandering: _____

Safety Concern

1. Do you have any safety concerns for your loved one with dementia? ☐ Yes ☐ No

Please list your concerns:

2. Has the patient had two or more falls in the past year? ☐ Yes ☐ No
3. Has the patient had any fall with injury in the past year? ☐ Yes ☐ No

Alcohol Consumption

1. How often does the patient have a drink containing alcohol?

- ☐ a. Never
☐ b. Monthly or less
☐ c. 2-4 times a month
☐ d. 2-3 times a week
☐ e. 4 or more times a week

2. How many standard drinks containing alcohol does the patient have on a typical day?

- ☐ None
☐ a. 1 or 2
☐ b. 3 or 4
☐ c. 5 or 6
☐ d. 7 to 9
☐ e. 10 or more

3. How often does the patient have six or more drinks on one occasion?

- ☐ a. Never
☐ b. Less than monthly
☐ c. Monthly
☐ d. Weekly
☐ e. Daily or almost daily