



Guia de salud cerebral y antecedentes familiares

Cambios en la memoria y el pensamiento. Antecedentes familiares.

Datos del Paciente

Nombre del Paciente _____

Fecha de la consulta _____

Guia Completada por _____

Antecedentes de salud de familiares cercanos

¿Alguna persona de tu familia cercana o directa ha sido diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer u otra demencia?

Madre: Sí / No / No estoy seguro

Padre: Sí / No / No estoy seguro

Hermano/s: Sí / No / No estoy seguro

Hijo/s: Sí / No / No estoy seguro

Si respondiste “Sí”, por favor indica:

¿Qué síntomas se notaron primero?

¿A qué edad comenzaron los síntomas?

¿Los síntomas comenzaron antes de los 65 años?



Antecedentes de salud de familia extendida

¿Alguno de los siguientes familiares mostró cambios en la memoria, el pensamiento o confusión, haya recibido o no un diagnóstico?

Abuela Materna: Sí / No / No estoy Seguro

Abuelo Materno: Sí / No / No estoy Seguro

Abuela Paterna: Sí / No / No estoy seguro

Abuelo Paterno: Sí / No / No estoy seguro

Tías / Tíos: Sí / No / No estoy seguro

Si respondiste “Sí,” describe lo que recuerdes de sus síntomas:

Antecedentes generales de la salud cerebral en la familia

Marca cualquiera de los siguientes problemas médicos que hayan ocurrido en tu familia:

- ☐ Depresión o trastornos del estado de ánimo
- ☐ Demencia frontotemporal
- ☐ Demencia con cuerpos de Lewy
- ☐ Pérdida de memoria o deterioro cognitivo
- ☐ Deterioro cognitivo leve
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Accidente cerebrovascular (ACV)
- ☐ Lesión cerebral traumática
- ☐ Otras afecciones que afectaran al pensamiento o al comportamiento



Síntomas observados en familiares

¿Algún familiar, en distintas generaciones de tu familia, ha tenido problemas de memoria o de pensamiento? Por ejemplo: Olvidar nombres, perderse en lugares conocidos, dificultad para encontrar palabras, tener dificultad para reconocer a los amigos, etc.

Sí / No / No estoy seguro

¿Has notado cambios en la memoria o el pensamiento en algún familiar antes de los 60 años?

Sí / No / No estoy seguro

¿Tienes algún familiar mayor que suele estar confundido/a o desorientado/a cuando sale de casa?

Sí / No / No estoy seguro

¿Has notado cambios preocupantes en la personalidad de algún familiar, como cambios repentinos en el juicio, aislamiento social o cambios de humor y temperamento?

Sí / No / No estoy seguro

¿Algunas personas de tu familia se comportan de manera muy diferente a medida que envejecen?

Sí / No / No estoy seguro

¿Hay algún detalle adicional que quieras compartir? Si es así, escríbelo a continuación.



Información Genética

¿Sabes si alguien en tu familia se ha hecho pruebas genéticas relacionadas con la enfermedad de Alzheimer u otras demencias?

Sí / No /No estoy seguro

Si la respuesta es “Sí”, escribe lo que sabes:

Tus preocupaciones personales

¿Qué cambios en la memoria o el pensamiento has notado en ti a medida que vas envejeciendo?

¿Otras personas han expresado preocupación por tu memoria o tu salud cerebral?

Si es así, ¿que han notado?

¿Te sientes más confuso, olvidadizo, retraído o abrumado de lo habitual?



¿Tienes preguntas sobre tu riesgo personal o sobre la prevención?

¿Tienes alguno/s de estos síntomas o diagnósticos?

- ☐ Apnea del sueño o problemas para dormir
- ☐ Ansiedad o estrés significativo/s
- ☐ Hipertensión o presión arterial alta
- ☐ Sobrepeso u obesidad
- ☐ Diabetes o prediabetes
- ☐ Disminución de energía o fatiga
- ☐ Movimientos o habla más lentos
- ☐ Dificultad o pérdida de audición
- ☐ Menos deseo de socializar
- ☐ Infecciones o heridas que cicatrizan lentamente
- ☐ Consumo excesivo de alcohol
- ☐ Consumo de tabaco
- ☐ Consumo de drogas
- ☐ ¿A veces olvidas que día, mes o año es?
- ☐ ¿Has empezado a faltar a citas o eventos?



Preguntas para tu proveedor de atención médica

Considera las siguientes preguntas y marca las que te gustaría hacer durante tu consulta. Usa el espacio debajo de las preguntas para escribir cualquier otra preocupación que quieras compartir.

- ☐ ¿Me debería hacer una evaluación cognitiva hoy?
- ☐ ¿Estoy tomando algún medicamento/s que podría estar afectando mi memoria?
- ☐ ¿Cómo influye mi historial familiar en la salud de mi cerebro a largo plazo?
- ☐ ¿Cada cuánto o con qué frecuencia deberíamos evaluar posibles cambios en el futuro?
- ☐ ¿Hay cambios en mi estilo de vida que puedan ayudar a reducir mi riesgo de enfermedad cerebral? ¿Qué medidas puedo tomar para proteger la salud de mi cerebro?
- ☐ ¿Debería considerar hacerme pruebas genéticas?
- ☐ ¿Si los síntomas empeoran, cuando debería acudir a un especialista?

Apoyo que podrías necesitar:

¿Qué tipo de apoyo necesitas ahora mismo?

Marca todo lo que corresponda.

- ☐ Ayuda para entender los síntomas de deterioro y cambios en la memoria y el pensamiento o información sobre enfermedades relacionadas a otros tipos de demencia
- ☐ Derivaciones a programas de servicios sociales que puedan ayudar con las actividades



☐ Orientación o apoyo financiero

☐ Apoyo para amigos o cuidadores familiares, como servicios de relevo o formación

☐ Alguien con quien hablar sobre los próximos pasos, como un terapeuta o un grupo de apoyo

☐ Otra cosa _____

¿Qué más debería saber tu proveedor de salud?

Usa el espacio de abajo para tomar notas o escribir otra información que quieras compartir con tu equipo de atención médica.

Notas
