


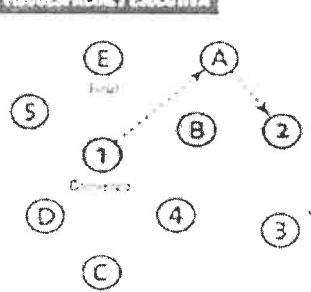
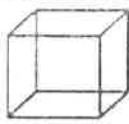
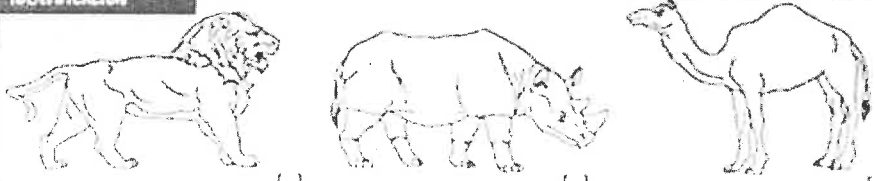
TEST DE TAMIZAJE EN DEMENCIA:

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DR. JOSÉ DE MAYO"	Departamento Especialidades Geriatría	Servicios de Salud Mental EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL - MOCA	CAMA 00
---	-----------------------------	--------------------------------------	--	--	---------

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE
Nivel de estudios
Sexo

Fecha de nacimiento
EDAD

ESPACIAL / EJECUTIVA			Copiar el cubo Dibujar un reloj (Once y diez) 12 puntos	Puntos	
	[]	[]	[] [] []	_/3	
IDENTIFICACIÓN				[] [] []	_/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras y marque con una X la que usted recuerda. Marque con una X los que recuerda. Marque con una X los que no recuerda.	POSTRO [] SEDA [] GRESIA [] CLAVEL [] ROLLO []		Sin puntos	
ATENCIÓN	Lea la serie de números y marque con una X el número que se repite. El paciente debe repetir: [] 2 1 8 5 4 Si no puede repetirlos a la inversa [] 4 2 1			_/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un ejemplo con la misma cantidad de letras que se da en la línea A. No se asignan puntos sino 2 ejemplos.		[] FBACMNAAIKLBFAKDEAAAIAJAMOFAB	_/1	
	Marque de 1 a 7 en qué año nació cada uno. (1) 1900 (2) 1886 (3) 1900 (4) 1922 (5) 1965 (6) 1900 (7) 1900 (8) 1900 (9) 1900 (10) 1900			_/3	
LENGUAJE	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.			_/2	
	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.			_/1	
ABSTRACCIÓN	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.			_/9	
RECORDO DE BANDO	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.	POSTRO [] SEDA [] GRESIA [] CLAVEL [] ROLLO []		Puntos por recordar: SIN PUNTOS	
	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.			_/5	
ORIENTACIÓN	Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista. Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.	Día de la semana [] Mes [] Año [] Ciudad [] Lugar [] Localidad []		_/6	
© Z. Nasreddine MD, Versión 01 noviembre 2007 www.mocatest.org				Normal >= 26 / 30	TOTAL Marque el número de palabras que usted recuerda en la lista.

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------

EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL: NEUROPSI



NEUROPSI

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

AÑOS DE ESCOLARIDAD:

Observación :

PERFIL DE FUNCIONES COGNITIVAS

PUNTAJACIÓN	ORIENTACION		ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN		MEMORIA		LENGUAJE					LECTURA ESCRITURA		FUUNIONES EJECUTIVAS, CONCEPTUALES Y MOTORAS								
	TIEMPO	CORRECTAS	PERSONA	OBJETOS	RECORDADOS	RECONOCIDOS	NOMINACION	REPETICION	COMPRENSION	COMPRENSION VERBAL	COMPRENSION VISUAL	LECTURA	ESCRITURA	COPIA	SIMILITUD	CALIFICACION	SECUENCIACION	MANO DESTREZA	MANEJO DE HERRAMIENTAS	ORGANIZACION	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
																						ESQUEMAS
NORMAL ALTO																						
NORMAL																						
NO DEFINIDO																						
SEVERO																						

Apellidos y Nombre

N° De Historia Clínica:

ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE WECHSLER

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental Escala de Inteligencia para adultos de WECHSLER	Cama N°
---	------	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---	---------

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: FECHA DE EVALUACIÓN:

SUBTEST	PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE ESCALAR	
DISEÑO DE CUBOS			
SEMEJANZA			
RETENCIÓN DE DÍGITOS			
MATRICES			
VOCABULARIO			
ARITMETICA			
BUSQUEDA SE SIMBOLOS			
ROMPECABEZA VISUAL			
INFORMACIÓN			
CLAVES			
SUMATORIA DE PUNTUACIONES ESCALARES			
ESCALAS	SUMATORIA DE PUNTAJES ESCALARES	PUNTUACIÓN COMPUESTA	
COMPRESION VERBAL		ICV	
RAZONAMIENTO PERCEPTUAL		IRP	
MEMORIA DE TRABAJO		IMT	
MATRICES VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO		IMP	
CI TOTAL			

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------

Test de Atención Y Funciones Ejecutivas: Test de Colores y Palabras: STROOP



STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Para uso del Profesional

	PD	PT
P		
C		
PC		
P x C		
----- = PC'		
P + C		
PC - PC' = INTERF.		

Apellidos y Nombre

N° De Historia Clínica:

**TEST DE MEMORIA AUDITIVA
(Palabras de Rey)**

Nombre y Apellido :	_____	Sexo :	_____
Fecha Nacimiento :	_____	Edad :	_____
Grado instrucción procedencia :	_____	Ocupación :	_____
Examinador :	_____	Lateralidad :	_____
		F. de Examen :	_____

RESUMEN CLÍNICO:

APLICACIÓN:

Quince palabras comunes que son leídas de forma rápida, siguiendo una evocación a cada lectura. Al final de la prueba se lee una lista que contiene todas las palabras presentadas en la lista. Estas deben ser reconocidas por el sujeto. Se registra el número de palabras repetidas en cada evocación y se hace una curva de aprendizaje.

Se indica también el número de lecturas necesarias para aprender la lista completa y del número de palabras evocadas correctamente.

N°	PALABRA	Evoca	Evocación											
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X		
1	Miso													
2	Lengüen													
3	vida													
4	Clase													
5	Llamas													
6	Pastor													
7	Gorrón													
8	Jarre													
9	Fuente													
10	Banco													
11	Gafar													
12	Pipa													
13	Gorra													
14	Patio													
15	Papas													
	TOTAL													

OBSERVACIONES:

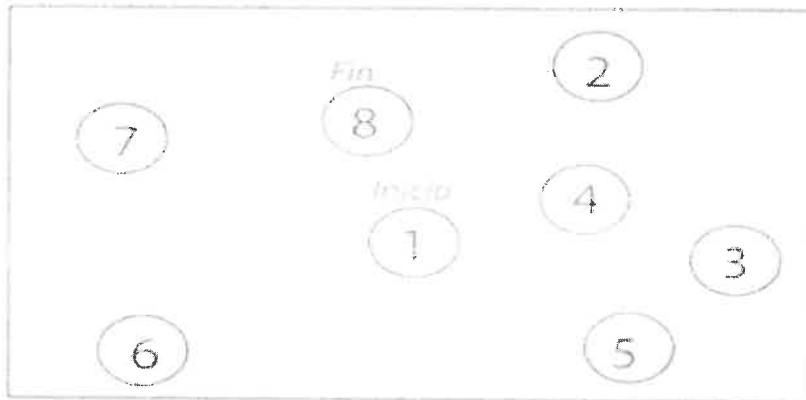
Apellidos y Nombre	De Historia Clínica:
--------------------	----------------------

Test de Atención, Funciones Ejecutivas: TRAIL MAKING TEST (TMT)



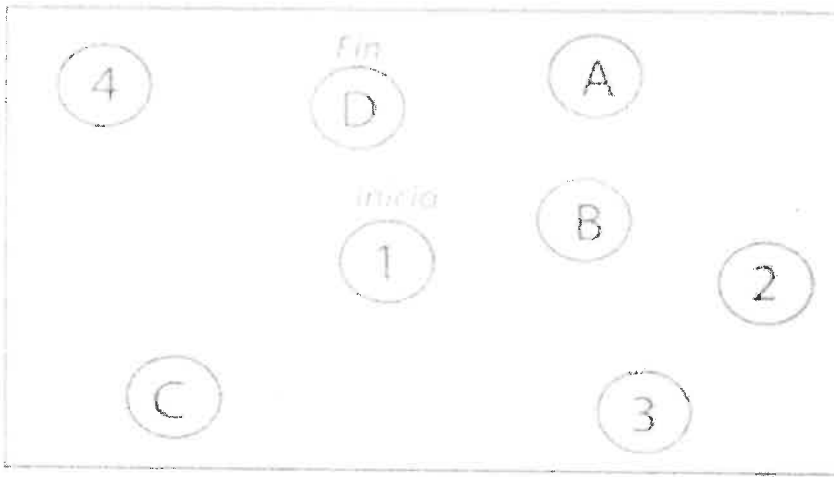
PARTE A:

PRÁCTICA



PARTE B:

PRÁCTICA



Apellidos y Nombre

Nº De Historia Clínica:

Inventario Clínico Multiaxial de Millón - III

	MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE CUBA	HOSPITAL PSIQUIATRIA "MILLÓN III"	Departamento DE NEUROPSIQUIA	INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLÓN III	CAMAS Nº
--	---	---	--	--	--------------------

	MCMII - II	
	Sexo _____	Edad y fecha de nacimiento _____
	Lugar de nacimiento _____	TH. Millón _____

Estado civil _____ Ocupación _____

INSTRUCCIONES

1. Para contestar en la hoja de respuestas utilice lápiz y goma de borrar para hacer las correcciones cuando sea necesario.
2. Las pautas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para referirse a sí mismos. Usted, para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes, SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.
3. No le preocupe si algunas de las frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puedan tener la gente.
4. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar correctamente en cada frase. SI ESTA DE ACUERDO con una frase o pautas que describe su forma de ser ponga una V (de Verdad) al lado de la frase o si por lo contrario la frase no refleja su característica su forma de ser ponga una F (de Falso) así:

1. "Soy un ser humano" V
Como esta frase es verdadera para usted ponga V.

2. "Mido mas de tres metros" F
Como esta frase es falsa para usted ponga F.

3. "Puedo recordar y olvidar las cosas sin que me este totalmente seguro" Es un recordatorio a todas pero uno o dos se olvidan de lo que digo F. Falso.

No hay límite de tiempo para contestar todas las frases. Pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

Apellidos y Nombre

Nº De Historia Clínica:

ESCALA DE HAMILTON – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	4
2. Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3. Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Descarta estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4. Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
5. Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------

		Ministerio de Salud	ROBERTO NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Superior de Salud Mental TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON	CAMA 112
--	--	---------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---	----------

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre _____

Fecha _____

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), iritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
"DOS DE MAYO"

Departamento
Especialidades
Medicas

Servicio de Salud Mental
**INFORME
NEUROPSICOLOGICO**

CAMA N°

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombre:

Sexo Y Edad:

N° de DNI:

N° De Historia Clínica:

Fecha De Nacimiento:

Procedencia:

Grado de instrucción:

Lateralidad:

Numero de hermanos:

Ocupación:

Estado civil:

Número de hijos:

Informantes:

Fecha de entrega de informe:

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. PRUEBAS APLICADAS

IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

V. RESULTADOS

a. Área Intelectual:

b. Área Neurocognitiva

- Atención y concentración
- Lenguaje: comprensivo y expresivo (automático, repetitivo y denominativo)
- Gnosias
- Lateralidad
- Memoria: declarativa y no declarativa (procedimental y espacial)
- Orientación temporo – espacial
- Praxias
- Habilidades Académicas
 - Lectura:
 - Escritura:
 - Cálculo

c. Área de Actividades Básicas e Instrumentales

d. Área Afectiva

e. Área de Personalidad

VI. CONCLUSION DIAGNOSTICA

VII. RECOMENDACIONES

FIRMA Y SELLO

Apellidos y Nombre

N° De Historia Clínica:

**MODELO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN
ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN ATENCIÓN**

TAREA	INDICADOR	ACTIVIDAD	MATERIAL	T	Área Estimulada
Atención visual selectiva	Identificar el nombre de determinados de frutas, objetos, cosas, entre otros.	Se le mostrara el cuaderno de estímulos, donde el paciente tendrá que identificar los nombres indicados, según las categorías a mostrar, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Siluetas de frutas - Siluetas de animales - Siluetas de diversos objetos - Siluetas de utensilios 	Cuadernillo de estimulación	10'	Parieto - Occipital Pre frontal S. Reticular
ATENCIÓN VISUAL SELECTIVA	Sigue de forma ordenada los estímulos visuales.	Se entrega la ficha inicial y se pide que siga las flechas trazadas con ayuda de su dedo y luego solo seguirá las flechas visualmente con movimientos de izquierda a derecha. Se entregara la ficha de fruta y se indicara «Menciona el nombre de las frutas de izquierda a derecha, moviendo solo tus ojos»	Ficha de frutas	10'	
ATENCIÓN SOSTENIDA	Focaliza la atención en una actividad breve.	Se muestra la ficha de conjuntos de numero y se pide que indique cual es el número de elemento que hay en cada conjunto.	Ficha conjunto de numero.	10'	Parieto temporal I (verbal) P.T.D (no verbal) Area cíngulada
ATENCIÓN AUDITIVA	Sigue instrucciones verbales asociadas a estímulos visuales	Se muestran las láminas y se explicará la tarea que consiste en: «Cada vez que te muestre una ficha de color rojo levantarás la mano derecha, cuando te enseñe la ficha de color amarillo aplaudirás y por último cuando te muestre la de color verde levantarás la mano izquierda»	Fichas de plástico de color verde, amarillo y rojo de aprox. 15x15cm	5'	C. Parieto post. C. Prefrontal S. Reticular Occipital (18 - 19)
ATENCIÓN AUDITIVA	Escucha e identifica palabras en un texto	Se indica al niño: «vamos a leer un cuento El perro que quería volar, y cada vez que escuche la palabra «VOLAR» dará un golpe sobre la	Cuento corto	10 minutos	

* Considerando la característica principal de toda intervención neuropsicológica es personalizado (9, 14) el presente modelo, es un ejemplo, pues el plan de intervención se acondicionará según el paciente, la evaluación y los resultados encontrados en el informe neuropsicológico (9, 14)

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------

FIGURA DE NUMERACIÓN INCOMPLETA, PARA TRABAJAR ATENCION SOSTENIDA

Localiza los números que faltan del 1 al 50, en cada grupo y ponlos en los huecos:

12	19	3	20	25	29	43	13	35	17
4	16	31	39	2	45	24	37	50	30
11	22	34	38	15	1	49	7	44	42
27	41	32	6	36	21	26	48	14	46







--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



















Apellidos y Nombre

N° De Historia Clínica:

Figura: Relacionar número y dibujo (ENTRENA ATENCIÓN SOTENIDA Y ALTERNA).

El sujeto tiene que asignar a cada dibujo el número correspondiente y escribirlo en la casilla adecuada.

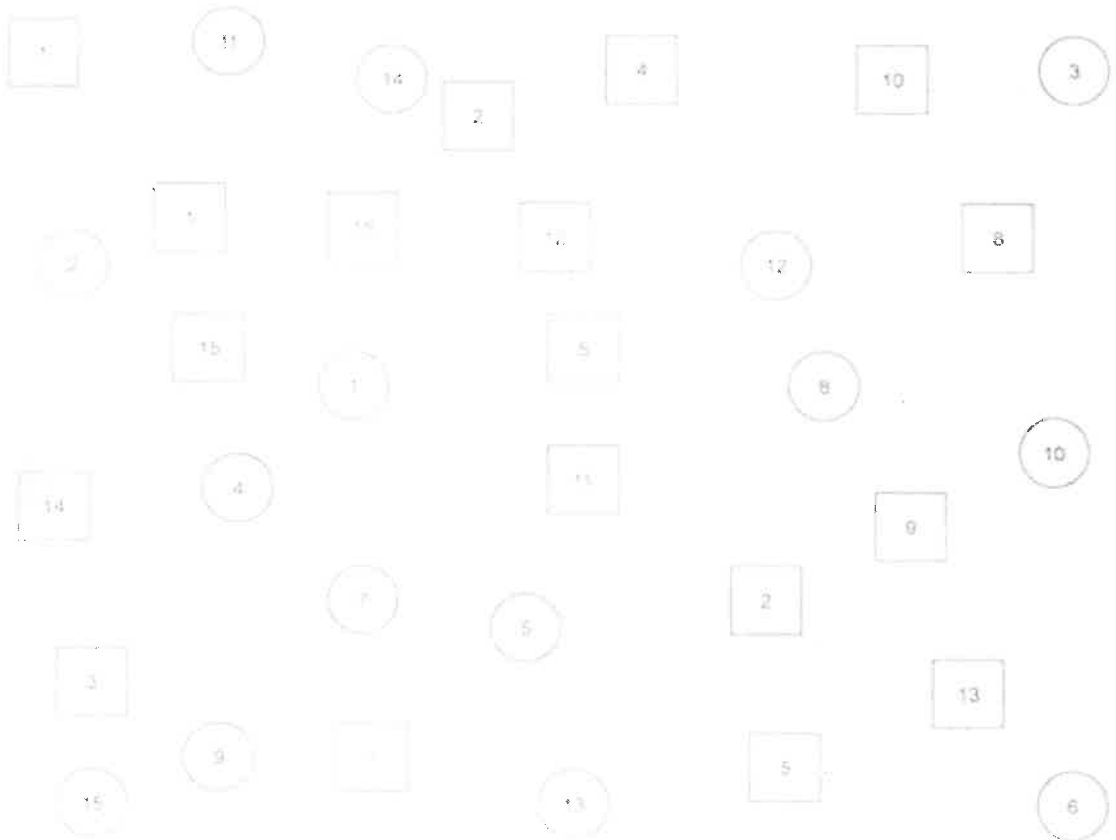
					
1	2	3	4	5	6

Apellidos y Nombre	N° De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------

Figura de numeración. Entrenamiento de atención alternante:

La tarea consiste en unir números en orden creciente, empezando por el 1, alternando un círculo y un cuadrado.



Apellidos y Nombre	Nº De Historia Clínica:
--------------------	-------------------------