

## Suplemento del cuestionario de evaluación del consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP3)

### 1. Actividades de la vida diaria y actividades esenciales de la vida diaria:

	(Marque con una cruz [X] una casilla en cada línea).		
a. ¿Usa bastón o andador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Se ha tropezado o caído en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
d. ¿Se puede duchar o bañar completamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
e. ¿Se puede vestir completamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
f. ¿Puede comer sin ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
g. ¿Puede conducir un auto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nunca he conducido.	<input type="checkbox"/> No
h. ¿Puede prepararse la comida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
i. ¿Puede ir de compras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
j. ¿Puede ocuparse de sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
k. ¿Puede usar el teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
l. ¿Se acuerda de tomar los medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
m. ¿Se le dificulta aguantar las ganas de orinar o de evacuar? (No incluya las fugas pequeñas que se controlan con una toalla higiénica).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
2. Ha adelgazado 5 libras o más en los últimos 6 meses <u>sin hacer dieta</u> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. ¿Le ha disminuido el apetito en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4. ¿Ha habido algún cambio en <u>los tipos</u> de alimentos que puede comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. ¿Puede pagar los medicamentos que le recetan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6. ¿Le parece que duerme bien?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7. Si fuera necesario, ¿hay alguien que pueda cuidar de usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8. ¿Se siente triste la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9. ¿Ha perdido el interés en las cosas que solían gustarle (aficiones, comida, sexo, estar con sus amigos y su familia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10. En una escala del 1 al 10, ¿cuántos puntos le daría a su calidad de vida <u>actual</u> ? (10 es una calidad de vida óptima [la mejor], 1 es una calidad de vida pésima [la peor]) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			
11. En una escala del 1 al 10, ¿cuántos puntos le daría a su estado general de salud <u>actual</u> ? (10 es un estado de salud óptimo [el mejor], 1 es un estado de salud pésimo [el peor]) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			

Signature of Healthcare Professional \_\_\_\_\_  
 (Firma del profesional de la salud)

Time: \_\_\_\_\_  
 (Hora)

Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha)



05/19

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

# Suplemento del cuestionario de evaluación del consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP3)

## Prueba de detección cognitiva breve (Mini-Cog™)

Mini-Cog™ © S. Borson. Todos los derechos reservados. Reimpresa con permiso del autor exclusivamente con fines clínicos y educativos. No se puede modificar o usar con fines comerciales, de mercadeo o de investigación sin el permiso del autor ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16.

### Instrucciones para la aplicación de la prueba

#### Paso n.º 1: Registro de tres palabras

Mire directamente a la persona y dígame: «*Escuche con cuidado. Voy a decir tres palabras que quiero que usted repita ahora y trate de recordar. Las palabras son [seleccione una lista de palabras de las versiones que aparecen a continuación]. Ahora repita las palabras*». Si la persona no es capaz de repetir las palabras después de tres intentos, continúe con el Paso n.º 2.

Versión 1	Versión 2	Versión 3	Versión 4	Versión 5	Versión 6
Plátano	Líder	Pueblo	Río	Capitán	Hija
Amanecer	Temporada	Cocina	Nación	Jardín	Cielo
Silla	Mesa	Bebé	Dedo	Retrato	Montaña

#### Paso n.º 2: Dibujo del reloj

Diga: «*Ahora quiero que me dibuje un reloj. Primero, coloque los números donde van*». Una vez que el paciente haya terminado, diga: «*Ahora, ponga las manecillas del reloj en la posición que indique las 11:10*».

#### Paso n.º 3: Recuerdo de las tres palabras

Pídale a la persona que repita las tres palabras que usted dijo en el paso n.º 1. Diga: «*¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?*»

Respuestas del paciente:



Form #: 16952-1-004 05/19

EHR: Senior Adult Patient Questionnaire

Senior Adult Supplement Screening Questionnaire (SAOP3). Spanish 06/2019

PATIENT NAME:

\_\_\_\_\_

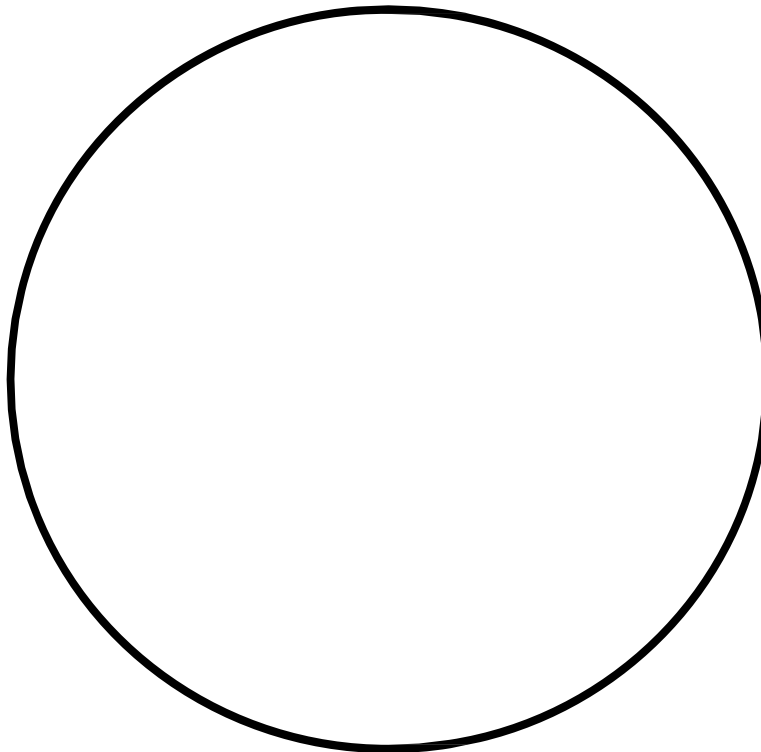
DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

# Suplemento del cuestionario de evaluación del consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP3)

## Prueba de detección cognitiva breve (Mini-Cog™)

Mini-Cog™ © S. Borson. Todos los derechos reservados. Reimpresa con permiso del autor exclusivamente con fines clínicos y educativos. No se puede modificar o usar con fines comerciales, de mercadeo o de investigación sin el permiso del autor ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16.



Form #: 16952-1-004 05/19

EHR: Senior Adult Patient Questionnaire

Senior Adult Supplement Screening Questionnaire (SAOP3). Spanish 06/2019

PATIENT NAME:

\_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

# Suplemento del cuestionario de evaluación del consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP3)

**For Office Use (Para uso administrativo)**

<b>MINI COG SCORING</b>
Number of correct items recalled: _____ (if $\leq 2/3$ correct then abnormal)
If 1-2, is clock drawing abnormal?      [ ] Yes (cognitive impairment)    [ ] No (Normal)
ADL/IADL mobility items (1a-1c): if at least <i>two</i> Yes responses, then consult <input type="checkbox"/> <i>Outpatient Physical Therapy</i> <input type="checkbox"/> <i>Current treatment</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
ADL/IADL items (1d-1m): if more than one is <i>not YES</i> responses, then consult <i>Outpatient Occupational Therapy If YES/Occasionally</i> to 1m, administer the modified 3 Incontinence Questionnaire (3IQ) Refer to <input type="checkbox"/> <i>PT</i> <input type="checkbox"/> <i>OT</i> <input type="checkbox"/> <i>Current treatment</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
Nutrition items (2-4): if at least two <b>Yes</b> responses, then consult <input type="checkbox"/> <i>Outpatient Nutrition</i> <input type="checkbox"/> <i>Current treatment</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
Psychosocial items (7-9): if response is <b>No</b> to 1 and/or <b>Yes</b> to 2 or 3, then offer <input type="checkbox"/> <i>Behavioral Medicine</i> <input type="checkbox"/> <i>Social Work</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
Quality of Life (QOL) and self-rated health items (10-11): if score less than 8, then consult <input type="checkbox"/> <i>Social Work</i> <input type="checkbox"/> <i>Behavioral Medicine</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
Mini-Cog: + for cognitive impairment then complete MoCA if Score <26 then consult <input type="checkbox"/> <i>Outpatient Occupational Therapy</i> <input type="checkbox"/> <i>Speech Lang Path</i> <input type="checkbox"/> <i>Neurology</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
Number of medications greater than 5, then consult <input type="checkbox"/> <i>Pharmacy</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
If <b>No</b> to # 5, refer to <input type="checkbox"/> <i>Social Work/and or</i> <input type="checkbox"/> <i>Patient Financial Services</i> <input type="checkbox"/> <i>Pt declined</i>
If <b>No</b> to # 6 administer Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) for further referral

Signature of Healthcare Professional: \_\_\_\_\_  
(Firma del profesional médico)

Time: \_\_\_\_\_  
(Hora)

Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Printed name of Healthcare Professional \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta del profesional médico)

Pager number: \_\_\_\_\_  
(N.º del buscapersonas)



PATIENT NAME: _____
DATE OF BIRTH: _____
MR#: _____