

## Suplemento del cuestionario de evaluación del Consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP2)

Nombre: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

1. Si fuera necesario, ¿hay alguien que pueda cuidar de usted?     Sí             No
2. ¿Se siente triste la mayor parte del tiempo?                                     Sí             No
3. ¿Ha perdido el interés en las cosas que solían gustarle (aficiones, comida, sexo, estar con sus amigos y su familia)?     Sí             No
4. En una escala del 1 al 10, ¿cuántos puntos le daría a su calidad de vida actual (10 es una calidad de vida óptima [la mejor], 1 es una calidad de vida pésima [la peor])  

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Peor</i>										<i>Mejor</i>
5. En una escala del 1 al 10, ¿cuántos puntos le daría a su estado general de salud actual (10 es excelente, 1 es malo)  

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>[ Malo ]</i>		<i>[ Delicado ]</i>			<i>[ Bueno ]</i>			<i>[ Excelente ]</i>	
6. Actividades de la vida diaria:

¿Se puede vestir solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Puede comer solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Usa bastón, andador o silla de ruedas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, de vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene incontinencia de orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para ducharse o bañarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha tropezado o caído en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
¿Puede conducir un auto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nunca he conducido.	<input type="checkbox"/> No
¿Puede prepararse la comida solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Puede ir de compras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Puede ocuparse de sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Puede usar el teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No
¿Se acuerda de tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí, pero con ayuda	<input type="checkbox"/> No

7. ¿Ha perdido 5 libras o más en los últimos 6 meses sin hacer dieta?                                     Sí             No
8. ¿Le ha disminuido el apetito en los últimos 3 meses?                                     Sí             No
9. ¿Ha habido algún cambio en los tipos de alimentos que puede comer?                                     Sí             No
10. ¿Puede siempre pagar los medicamentos que le recetan?                                     Sí             No
11. ¿Le parece que duerme bien?                                     Sí             No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llena el formulario (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente



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

# Suplemento del cuestionario de evaluación del Consultorio de Oncología Geriátrica (SAOP2)

**Deténgase aquí. Gracias.**

**Sólo para uso del personal (Staff use only)**

\*\*\* I am going to name 3 objects (*pencil, truck, book*) and ask you to repeat them now and a few minutes from now to test your memory.  
 Voy a mencionar 3 objetos (**lápiz, camión, libro**) y a pedirle que los repita ahora y dentro unos minutos para comprobar su memoria.

12. Spell the word "**world**" backwards. Deletree la palabra «**mundo**» al revés. o-d-n-u-m 5 points \_\_\_\_\_

13. What is today's date and day? ¿Qué fecha y día de la semana es hoy?  
 Month \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_, Day \_\_\_\_\_  
 Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_, Día de la semana \_\_\_\_\_ 4 points \_\_\_\_\_

14. Can you repeat the 3 objects I mentioned earlier? ¿Puede repetir los 3 objetos que mencioné antes?  
 1  2  3 3 points \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

15. How many medications/herbals/vitamins are you taking? ¿Cuántos medicamentos, productos a base de hierbas o vitaminas está tomando? \_\_\_\_\_  Ninguno

**Sólo para uso del personal (Staff use only)**

<b>Additional Information</b>		
Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOGPS):		
Usual Weight:	Current Weight:	
Nutrition:	BMI	Mini Nutritional Assessment (MNA)
Referral:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Social Worker Referral:	Geriatric Depression Scale (GDS)	Mini Mental Status Evaluation (MMSE)
	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Pager Number



Form # 16952-1-004 02/11

EMR: Senior Adult Patient Questionnaire

Página 2 de 2

Senior Adult Supplement Screening Questionnaire (Spanish 02/11)

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