

Cuestionario de auto-evaluación geriátrica

En los últimos seis meses, he llegado a presentar lo siguiente (en cada pregunta tacha la respuesta que corresponda):

1. Audición Oigo, pero no entiendo, se me dificulta escuchar en lugares públicos.	Si	No
2. Motricidad de los brazos y piernas. Disminución en la fuerza, temblor de las manos, dolor a la flexión y extensión de los brazos, dificultad para cambiar de posición.	Si	No
3. Emociones Lloro frecuentemente, no realizo las actividades cotidianas con el mismo gusto que antes o he dejado de hacer cosas que antes me gustaban.	Si	No
4. Visión. Veo borroso aún con anteojos. No puedo leer letras pequeñas.	Si	No
5. Peso corporal He perdido en los últimos seis meses cinco o más kilogramos. Últimamente tengo menos apetito, he bajado de peso sin habérmelo propuesto.	Si	No
6. Ayuda para moverme Necesito ayuda para bañarme, vestirme, comer o caminar de un lugar a otro dentro de mi casa.	Si	No

Cuestionario de auto-evaluación geriátrica

<p>7. Otras ayudas Necesito ayuda para marcar el teléfono, realizar cuentas, compras o pagos, tomar mis medicamentos o cuidar de mi casa.</p>	Si	No
<p>8. Incontinencia Tengo pérdidas urinarias o incontinencia fecal accidentales.</p>	Si	No
<p>9. Caídas Me he caído dos o más veces durante el último año.</p>	Si	No
<p>10. Memoria Me es difícil encontrar palabras en una conversación normal, he llegado a tener olvidos frecuentes, he perdido habilidades para realizar mis actividades cotidianas.</p>	Si	No

Si contestaste afirmativamente a tres o más de estas preguntas o conoces algún familiar con alguno de estos problemas, te sugerimos acudir al **Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento (CIDyT)** para una evaluación geriátrica integral.

Haz una cita

5424 7200 ext. 3000

Lunes a viernes 8 a 20 hrs.

Sábados 8 a 14 hrs.