

Admisión a los servicios de rehabilitación - Evaluación para conductores

¡Bienvenido/a! Complete este formulario lo mejor que pueda y devuélvalo en la recepción. ¡Gracias!

Fecha: _____ Inicio de los síntomas: _____

Motivo de la consulta (dolor, equilibrio, etc.): _____

Estatura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Género: _____ Pronombres (marcar con un círculo): Ella Él Indefinido Otro

¿Qué hace en su tiempo libre/cuáles son sus pasatiempos? _____

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos? _____

<p>Queremos conocer sus metas porque estas nos ayudan a guiar su atención. A continuación, enumere tres actividades importantes con las que está teniendo dificultad o no puede hacer.</p>	<p>0 = No puede realizar la actividad</p> <p>10 = Puede realizar la actividad al mismo nivel que antes de la lesión o el problema</p>										
<p>¿Qué actividades le resultan difíciles debido a su lesión o problema? Enumérelas abajo y marque su calificación actual.</p>	<p>CALIFICACIÓN <u>ACTUAL</u></p>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.											
2.											
3.											



Marque todos los síntomas que siente actualmente:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inusual |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Mayor dolor durante la noche |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse/pensar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función vesical o intestinal | | |

Marque cualquier antecedente médico o quirúrgico de los que debamos estar al tanto:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/diálisis | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los fármacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Linfedema | ¿Está embarazada/dando de mamar? |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | ¿Fuma? |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
- ¿Es alérgico al látex y/o los adhesivos? ☐ Sí ☐ No

Este año, ¿hizo alguna otra terapia o tratamiento de atención alternativa?

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Quiropraxia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Masajes | | |

¿Cuántas consultas realizó?: _____ Nombre de la clínica: _____

Mencione un familiar o amigo que lo/a haya visto conduciendo recientemente.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

¿Podemos contactar a esta persona para solicitarle información sobre cómo conduce usted? ☐ Sí ☐ No

Responda las siguientes preguntas sin ayuda.

1. ¿Sigue conduciendo? ☐ Sí ☐ No

a. Si es así, ¿dónde y cuándo? _____

b. Si no es así, ¿a dónde le gustaría conducir y cuándo lo haría? _____

2. ¿Desde cuándo conduce? _____

3. ¿Ha tenido algún incidente de tránsito en los últimos cinco años? ☐ Sí ☐ No

a. Si la respuesta es sí, explique: _____

4. ¿Qué tipo de vehículo conduce/conducía? _____

5. ¿Cuántos médicos le atienden y por qué problemas de salud? _____

6. ¿Toma algún medicamento con efectos secundarios como somnolencia o mareos?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Se ha caído o ha estado a punto de caerse en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Por qué cree que su médico querría que evalúen la forma en que conduce?

9. ¿Tiene algún miedo relacionado con la conducción? _____

10. Con las ventanillas cerradas, ¿puede oír una sirena o una bocina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿Oye sus señales de giro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. ¿Los objetos son claros y nítidos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13. ¿Le molesta conducir de noche?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. ¿Puede salir con la luz del sol y ver a lo lejos con claridad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. ¿Puede girar su cabeza hasta la misma distancia de un lado a otro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
16. ¿Puede girar el cuello lo suficiente como para ver por encima de su hombro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
17. ¿Puede conducir tan lejos como desee sin que se le cansen, adormezcan o sienta un cosquilleo en los dedos o las manos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
18. ¿Puede elevar el brazo lo suficientemente alto como para ajustar el espejo retrovisor?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
19. ¿Le cuesta decidir cuando ingresar a un carril con tránsito en movimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
20. ¿Le confunden las intersecciones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
21. ¿Se enoja si tiene que conducir?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
22. ¿Sus familiares o amigos han mostrado preocupación por la forma en que conduce?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Tiene alguna otra información o comentario que le gustaría compartir sobre la forma en que conduce? _____

Prueba para conductores

(Del Programa de seguridad para conductores de AARP)

Indicaciones: Lea cada pregunta con atención y marque la mejor respuesta.

1. Los conductores mayores de 50 años, en comparación con los conductores de 30 a 49, participan en:
 - ☐ Más accidentes por milla
 - ☐ Prácticamente la misma cantidad de accidentes por milla
 - ☐ Menos accidentes por milla
 - ☐ Varía de año a año
2. El uso frecuente de los espejos de un auto es especialmente importante para los conductores que:
 - ☐ Conducen mucho en autopistas
 - ☐ Tienen problemas de audición
 - ☐ Conducen mucho por la noche
 - ☐ Conducen un auto con el que no están familiarizados
3. Si desea girar a la izquierda en una intersección y está esperando en la mitad de la intersección a que se detenga el tránsito en el sentido contrario, sus neumáticos delanteros deben estar virados:
 - ☐ Hacia la izquierda
 - ☐ Depende de la agudeza del giro
 - ☐ Hacia adelante
 - ☐ Hacia la derecha
4. Desea cambiar de carril. Puede ver si un vehículo se encuentra en su punto ciego:
 - ☐ Solo si revisa el espejo retrovisor
 - ☐ Solo si revisa un espejo lateral
 - ☐ Solo si se voltea y mira por encima de su hombro
 - ☐ Solo si revisa ambos espejos

5. Al ingresar a una autopista, carril de peaje o ruta, debe:
- ☐ Acelerar a la velocidad del tránsito e ingresar a la autopista al unirse al tránsito en el punto más seguro
 - ☐ Detenerse al final de la rampa de entrada y esperar a que haya un espacio en el tránsito
 - ☐ Avanzar lentamente e ingresar a la autopista cuando sea seguro, tratando de no detenerse
 - ☐ Acelerar a la velocidad del tránsito e ingresar a la autopista rápidamente porque tiene prioridad de paso
6. La mejor respuesta ante el letrero de "Road Work Ahead" (obras en la carretera a continuación) es:
- ☐ Seguir conduciendo a la velocidad permitida y tener precaución con las obras en la carretera
 - ☐ Tener precaución con las obras en la carretera
 - ☐ Bajar la velocidad y tener precaución con las obras en la carretera
 - ☐ Frenar y prepararse para detenerse
7. Si el límite de velocidad mínimo en la carretera o autopista es demasiado rápido para conducir cómodamente, un conductor debe:
- ☐ Usar la carretera o autopista solo durante las horas no pico y solo durante el día
 - ☐ Permanecer a la derecha y conducir con suma precaución echando un vistazo cada tanto al espejo retrovisor
 - ☐ Mantenerse alejado de la carretera o autopista y escoger una ruta alternativa
 - ☐ Mantenerse en el carril derecho y usar las luces intermitentes de emergencia
8. Si toma medicamentos antes de conducir, lo más importante es que:
- ☐ Otra persona lo/a acompañe
 - ☐ Se asegure de comer algo liviano
 - ☐ Planifique hacer varias paradas de descanso en el camino
 - ☐ Averigüe los efectos del medicamento y planifique el viaje en consecuencia
9. La medida que deben utilizar los conductores de más de 50 que siguen a un vehículo es:
- ☐ 1 auto de distancia cada diez millas por hora de viaje
 - ☐ Distancia de seguimiento de 2 segundos
 - ☐ Distancia de seguimiento de 3 segundos
 - ☐ 10 pies de distancia cada diez millas por hora de viaje

10. Al hacer marcha atrás, por lo general lo mejor es:

- ☐ Abrir la puerta izquierda y mirar hacia atrás
- ☐ Tomar el volante con una mano y mirar por el espejo retrovisor
- ☐ Tomar el volante con una mano y mirar por el parabrisas trasero
- ☐ Tomar el volante con ambas manos y mirar por el espejo retrovisor

11. La percepción de profundidad, que es importante para saber cuando pasar un vehículo de manera segura:

- ☐ Aumenta con la edad
- ☐ Permanece igual a pesar de la edad
- ☐ Disminuye con la edad
- ☐ Aumenta de manera significativa con la edad

12. ¿A qué temperatura es más resbalosa una carretera congelada?

- ☐ 32 grados
- ☐ 25 grados
- ☐ 10 grados
- ☐ 0 grados

13. ¿Cuál es la principal infracción que cometen los conductores de más de 50 años?

- ☐ Exceso de velocidad
- ☐ Seguir de cerca a otro vehículo
- ☐ No respetar la prioridad de paso
- ☐ Hacer caso omiso de una señal de alto

14. ¿Cuál es la segunda infracción que cometen los conductores de más de 50 años?

- ☐ Exceso de velocidad
- ☐ Giro inadecuado hacia la izquierda
- ☐ Conducir pegado al vehículo de adelante
- ☐ Hacer caso omiso de una señal de alto

Cuestionario para cuidadores/familiares

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Marque **sí** o **no** en los siguientes comportamientos que ha observado en o se ha enterado sobre la persona a la que remitieron para una evaluación de conducción.

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Señalización incorrecta. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 2. Ingresa al tránsito cuando otros autos se acercan. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 3. Tiene dificultad para mantener el auto en un carril, cruza la línea de carril o conduce usando dos carriles de manera que otros autos no pueden conducir por un carril de manera segura. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 4. Conduce demasiado lento o rápido. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 5. Le cuesta tomar la decisión de avanzar luego de detenerse en una señal de alto o un semáforo. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 6. Ha pasado un semáforo en rojo o hecho caso omiso de una señal de alto. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 7. Lo/a ha detenido un oficial de policía. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 8. Un oficial de policía lo/a ha multado o le ha dado un aviso. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 9. Ha estado involucrado/a en un accidente mientras conducía. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 10. Se ha detenido en el tránsito sin razón aparente. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 11. Se ha perdido mientras conducía. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 12. Parece nervioso/a mientras conduce o luego de hacerlo. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 13. Infórmenos sobre cualquier preocupación que pueda tener sobre la capacidad de conducción de la persona remitida. | | |
