

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 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 ACTUAL</p> <table border="1" data-bbox="812 1425 1509 1510"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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?

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

¿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 volteá 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Ingrera al tránsito cuando otros autos se acercan.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Conduce demasiado lento o rápido.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Le cuesta tomar la decisión de avanzar luego de detenerse en una señal de alto o un semáforo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Ha pasado un semáforo en rojo o hecho caso omiso de una señal de alto.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Lo/a ha detenido un oficial de policía.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. Un oficial de policía lo/a ha multado o le ha dado un aviso.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Ha estado involucrado/a en un accidente mientras conducía.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. Se ha detenido en el tránsito sin razón aparente.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. Se ha perdido mientras conducía.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. Parece nervioso/a mientras conduce o luego de hacerlo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Infórmenos sobre cualquier preocupación que pueda tener sobre la capacidad de conducción de la persona remitida.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	