

FECHA:

EXAMINADOR:

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

NOMBRE Y APELLIDO:

EDUCACIÓN: Universitario / 3rio / 2ria / 1ria

DNI:

Carrera o profesión: _____

EDAD:

OCUPACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

Jubilado: SI / NO

TEL / CELULAR:

PROCEDENCIA: CBA. / Otro: _____

DOMINANCIA MANUAL: Diestro / Zurdo

ESTADO CIVIL: Casado / Soltero / Divorciado / Viudo

VIVE CON: _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL / MOTIVO DE CONSULTA

-ALIMENTACIÓN:

-ACTIVIDAD FÍSICA:

-ACTIVIDADES SOC Y RECREATIVAS:

-SUEÑO:

-ESTADO ANÍMICO:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: * Ansiedad / Depresión / Trastorno del sueño / Otros: _____

Tratamiento Psiquiátrico: Tratamiento Psicológico:

* HTA / Diabetes / Tiroides / Cardiopatía / Hipercolesterolemia / Otros: _____

* Enfermedad de Parkinson (EP) / Trastorno por Déficit de Atención. (TDA) / TCE / ACV

MEDICACIÓN:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: EEG / TAC / RMN / ENP Fecha: Lugar:

HÁBITOS TÓXICOS: Fuma SI / NO Alcohol Social SI / NO Drogas SI / NO