

**Département de réadaptation et gériatrie**  
**Service de gériatrie**  
**Centre de la Mémoire**

6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève

Directeur du Centre : Pr. G.B. Frisoni

Chef de Service : Pr. G. Gold

Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15

E-mail : [consultation-memoire@hcuge.ch](mailto:consultation-memoire@hcuge.ch)

## SOLICITUD DE EVALUACIÓN

**\*Campo obligatorio**

<b>*DATOS DEL PACIENTE</b>	
Apellido :	Nombre :
Nacido(a) el :	Nº de teléfono :
Dirección :	
Correo electrónico :	
Lugar de vida actual : <input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> EMS/otro establecimiento <input type="radio"/> Otro :	
Seguro : <input type="radio"/> Suizo <input type="radio"/> Extranjero o sin seguro	
<b>*SOLICITUD URGENTE</b>	
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, precisar por favor :
<b>*DATOS DE LA PERSONA QUE REDACTA ESTA SOLICITUD</b>	
<input type="radio"/> Médico	<input type="radio"/> Médico de cabecera <input type="radio"/> Otro médico
	Apellido, nombre :
	Nº de teléfono :
	Correo electrónico :
<input type="radio"/> Familiar	Apellido, nombre :
	Vínculo de parentesco ( <i>esposo, hijo, etc.</i> ) :
	Nº de teléfono :
	Correo electrónico :
<input type="radio"/> Propio paciente	
<b>*PERSONA DE CONTACTO PARA LA TOMA DE CITA</b>	
<input type="radio"/> Propio paciente	
<input type="radio"/> Familiar	Apellido, nombre :
	Vínculo de parentesco ( <i>esposo, hijo, etc.</i> ) :
	Nº de teléfono :
	Correo electrónico :
<b>*EVALUACIÓN COGNITIVA REALIZADA PREVIAMENTE</b>	
<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Sí, en el Centre de la Mémoire, precisar por favor la fecha :
	<input type="radio"/> Sí, en otra parte, precisar por favor el lugar y la fecha :
<b>*EXAMENES YA REALIZADOS. Documentos a adjuntar a la solicitud, si están disponibles.</b>	
<input type="radio"/> Análisis de sangre ( <i>incluidos B12, folato, calcio sérico y TSH</i> )	
<input type="radio"/> Neuroimagen ( <i>en ausencia de neuroimagen, gracias de no prescribir este examen, porque preferimos realizarlo nosotros mismos usando un procedimiento estandarizado</i> )	
<input type="radio"/> Pruebas cognitivas/evaluación neuropsicológica anteriores ( <i>incluidos informes y resultados a las pruebas</i> )	

**Département de réadaptation et gériatrie**  
**Service de gériatrie**  
**Centre de la Mémoire**

6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève

Directeur du Centre : Pr. G.B. Frisoni

Chef de Service : Pr. G. Gold

Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15

E-mail : [consultation-memoire@hcuge.ch](mailto:consultation-memoire@hcuge.ch)

**CRITERIOS QUE DEFINEN A UNA PERSONA VULNERABLE AL NUEVO CORONAVIRUS**

**Para responder más rápidamente a su solicitud y facilitar la atención en el Centro, marque las casillas de los factores de riesgo presentes.**

- El paciente**  **dio positivo al Covid-19**  
 **tiene más de 65 años**  
 **padece ciertas enfermedades:**  hipertensión arterial  diabetes  
 enfermedad cardiovascular  enfermedades crónicas de las vías respiratorias  
 debilidad inmunitaria debida a una enfermedad o a un tratamiento o cáncer

**PERFIL DEL PACIENTE**

- No hay trastorno mnésico/cognitivo, pero el paciente quiere realizar un chequeo  
 Trastornos mnésicos y/o cognitivos, que preocupan :  el paciente  
 el(los) familiar(es)  
 el médico (de cabecera)  
 Enfermedad cerebrovascular (*TCE, derrame cerebral, ...*)  
 Sospecha de retraso mental o de baja eficiencia intelectual  
 Trastorno de ansiedad y/o depresión  
 Trastorno psiquiátrico obvio o detectado, precisar por favor (*esquizofrenia, psicosis, trastorno del estado de ánimo o bipolar, de adaptación, de personalidad, abuso de sustancias o adicciones, ...*) :  
 Otras enfermedades conocidas o otro perfil, precisar por favor :

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

- Primera evaluación cognitiva**  
 **Segunda opinión**  
 **Evaluación cognitiva de seguimiento**  
 **Apoyo psicológico para**  **el paciente**  **el(los) familiar(es)**  
**Diagnóstico y tratamiento :**  
 Aptitud para conducir (*adjuntar cualquier documento y/o correspondencia pertinente relacionado*).  
 Eficiencia intelectual  sin  con estimación del CI  
 Capacidad de discernimiento, precisar una situación concreta por favor (*tenga en cuenta que no realizamos peritajes legales y que estamos vinculados por el secreto profesional*) :  
 Participación a un ensayo clínico (*con medicamentos en investigación*)  
 Otro motivo, precisar por favor :

**Département de réadaptation et gériatrie**  
**Service de gériatrie**  
**Centre de la Mémoire**

6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève

Directeur du Centre : Pr. G.B. Frisoni

Chef de Service : Pr. G. Gold

Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15

E-mail : [consultation-memoire@hcuge.ch](mailto:consultation-memoire@hcuge.ch)

**OTRA INFORMACIÓN ÚTIL**

- Dominio del francés :**     Suficiente para un diálogo clínico  
    Insuficiente. Traductor deseado, precise el idioma por favor :
- Nivel de escolaridad :**     Estudios primarios unicamente  
    Menos de 5 años de escuela     Analfabetismo

**PROCEDIMIENTOS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD**

- La persona de contacto para la toma de cita será contactada por la secretaría. Si la persona de contacto no responde después de tres intentos, se enviará un correo a la persona que haya redactado la solicitud y se cerrará el expediente. Si indicado, esta deberá entonces volver a contactarnos para reabrir el expediente.
- Cualquier cita perdida será facturada.
- Después de dos citas perdidas, se enviará una comunicación a la persona que haya redactado la solicitud y se cerrará el expediente.

***Por favor envíe su solicitud de evaluación :***

***Por fax*** al 022 372 58 15 o ***por correo postal*** a Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14