

Ficha de inscripción para el Programa de **Prevención del Alzheimer** en la Comarca del Aljarafe.

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Teléfono:

Marque si tiene alguna de las siguientes enfermedades:

Trastorno por Depresión	Alzheimer u otras Demencia
Trastorno de Ansiedad	Trastorno bipolar
Traumatismos craneoencefálicos	Esquizofrenia
Abuso de sustancias (alcohol o estupefacientes)	Epilepsia
Trastornos vasculares (ictus, derrame cerebral)	Parkinson
Trastorno obsesivo compulsivo	Trastornos endocrinos
Trastornos delirantes o de personalidad	

Si duda si padece alguna de las enfermedades mencionadas, consulte a su médico.

Indique si toma alguna medicación de las indicadas: (Anote también desde cuando lo lleva tomando).

Analgésicos	Antidepresivos
Anticonvulsivantes	Antiepilépticos

En que horario prefiere que se lleve a cabo el programa:

Horario de Mañana	Horario de Tarde
-------------------	------------------

La información reflejada no se hará pública. Es necesaria para conocer si se puede beneficiar del programa de prevención del Alzheimer. Tan solo será conocida por los coordinadores del programa.

En el programa de prevención del Alzheimer le enseñaremos estrategias para:

- No tener que volver a casa a comprobar si ha cerrado la puerta con llave.
- No olvidar una cita médica.
- Saber si le ha echado sal a la comida.
- No olvidar el nombre de alguien que ha conocido recientemente.
- Recordar el recorrido al nuevo ambulatorio.
- Facilitarle recordar la lista de la compra.
- Que le salgan esas palabras que a veces tiene en la punta de la lengua.
- Recordar dónde puso las llaves.
- Etc. Además, saber por qué ocurre y cómo hacer para que no le pase más.

Así se reducirán sus preocupaciones y se sentirá capaz de hacer más cosas.

La información reflejada no se hará pública. Es necesaria para conocer si se puede beneficiar del programa de prevención del Alzheimer. Tan solo será conocida por los coordinadores del programa.