



# PESI

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwlyer Road, Ste 107  
Irving, TX 75061  
Ph: (972)659-1235  
Fax: (972)223-2626  
www.professionalexamservices.com

## EVALUACION DE COMPETENCIA DEL PACIENTE (FORMA PARA LOS FAMILIARES)

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Relación del informante con el paciente (circula uno):

- |              |               |                |
|--------------|---------------|----------------|
| 1. Madre     | 5. Hermano(a) | 9. Primo(a)    |
| 2. Padre     | 6. Abuelo(a)  | 10. Amigo(a)   |
| 3. Esposo(a) | 7. Tío(a)     | 11. Suegro(a)  |
| 4. Hijo(a)   | 8. Sobrino(a) | 12. Otro _____ |

Genero del Informante: Masculino                      Femenino                      Edad del Informante: \_\_\_\_\_

¿Hasta qué grado el informante está familiarizado con el comportamiento del paciente?

1. Casi nada
2. No muy bien
3. Un poco
4. Bien
5. Muy bien

**Instrucciones:** El siguiente cuestionario es para pedirle juzgue la habilidad que tiene el paciente de llevar a cabo una variedad de tareas prácticas. Algunas de las preguntas podrian no aplicar a las cosas que hace con frecuencia, pero conteste cada pregunta como si fuera algo que el paciente "tuviera que hacer." En cada pregunta debe determinar cuán fácil o difícil es para el paciente realizar alguna actividad en particular y circular el número apropiado. **POR FAVOR, RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.**

No puedo	Muy difícil hacerlo	Puedo hacerlo con cierta dificultad	Puedo hacerlo con cierta dificultad	Puedo hacerlo facilmente
-------------	---------------------------	--	--	--------------------------------

**Cuánto problemas tiene el paciente en:**

1. Prepara sus propios alimentos?	1	2	3	4	5
2. Vestirme solo(a)?	1	2	3	4	5
3. Cuidar de su higiene personal?	1	2	3	4	5
4. Lavar trastes?	1	2	3	4	5
5. Hacer lavandería?	1	2	3	4	5
6. Cuidar de sus finanzas?	1	2	3	4	5
7. Llegar a tiempo a citas?	1	2	3	4	5
8. Iniciar la conversación en un grupo?	1	2	3	4	5
9. Continuar involucrado(a) en actividades de trabajo?	1	2	3	4	5
10. Recordar qué cenó anoche?	1	2	3	4	5



# P E S I

**Professional Exam Services Inc.**

2233 E. Grauwlyer Road, Ste 107  
 Irving, TX 75061  
 Ph: (972)659-1235  
 Fax: (972)223-2626  
 www.professionalexamservices.com

## EVALUACION DE COMPETENCIA DEL PACIENTE (FORMA PARA LOS FAMILIARES)

No puedo                      Muy difícil hacerlo                      Puedo hacerlo con cierta dificultad                      Puedo hacerlo con cierta dificultad                      Puedo hacerlo fácilmente

**Cuánto problemas tiene el paciente en:**

11. Recordar los nombres de personas que ve con frecuencia?	1	2	3	4	5
12. Recordar su rutina diaria?	1	2	3	4	5
13. Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
14. Manejar un auto si tuviera que hacerlo?	1	2	3	4	5
15. Obtener ayuda cuando esta confundido(a)?	1	2	3	4	5
16. Ajustarse a cambios inesperados?	1	2	3	4	5
17. Manejar discusiones con personas que conoce bien?	1	2	3	4	5
18. Aceptar las criticas de otras personas?	1	2	3	4	5
19. Controlar el llanto?	1	2	3	4	5
20. Actuar apropiadamente cuando esta con sus amigos?	1	2	3	4	5
21. Mostrar afecto a las personas?	1	2	3	4	5
22. Participar en actividades de grupo?	1	2	3	4	5
23. Reconocer cuando algo que ha hecho o dicho ha alterado a alguien?	1	2	3	4	5
24. Programar sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
25. Comprender nuevas instrucciones?	1	2	3	4	5
26. Cumplir consistentemente con sus responsabilidades diarias?	1	2	3	4	5
27. Controlar su temperamento cuando algo le molesta?	1	2	3	4	5
28. Evitar deprimirse?	1	2	3	4	5
29. Evitar que mis emociones afecten su habilidad de cumplir con sus actividades del día?	1	2	3	4	5



# PESI

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwlyer Road, Ste 107  
Irving, TX 75061  
Ph: (972)659-1235  
Fax: (972)223-2626  
www.professionalexamservices.com

## EVALUACION DE COMPETENCIA DEL PACIENTE (FORMA PARA LOS FAMILIARES)

No puedo	Muy difícil hacerlo	Puedo hacerlo con cierta dificultad	Puedo hacerlo con cierta dificultad	Puedo hacerlo facilmente
-------------	---------------------------	--	--	--------------------------------

**Cuánto problemas tiene el paciente en:**

	1	2	3	4	5
30. Controlar la risa?	1	2	3	4	5
31. Permanecer despierto y alerta todo el día?	1	2	3	4	5
32. Prestar atención y concentrarse en lo que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
33. Pensar las cosas antes de hacerlas?	1	2	3	4	5
34. Trabajar en un ambiente dinámico (rápido)?	1	2	3	4	5
35. Mantener una apariencia agradable?	1	2	3	4	5
36. Conservar amigos?	1	2	3	4	5
37. Desarrollar o mantener buenas relaciones con miembros del sexo opuesto ?	1	2	3	4	5
38. Encontrar actividades interesantes en su tiempo libre?	1	2	3	4	5