



Entrevista para actividades de estimulación sensorial y cognitiva



Instituto
Nacional de
Aprendizaje

Núcleo Salud, Cultura y Artesanías



Entrevista para actividades de estimulación sensorial y cognitiva

Datos de la persona adulta mayor:

1. Nombre y apellidos: _____

2. Sexo: M () F ()

3. Edad: _____

4. Fecha de nacimiento: _____

5. Lugar de nacimiento: _____

6. Nivel de escolaridad: _____ (último grado alcanzado).

7. ¿De dónde es? ¿Dónde ha vivido la mayor parte del tiempo?

8. ¿En el pasado, a cuál actividad se dedicaba?

9. ¿Cómo considera qué es su salud en la actualidad?

10. ¿Padece algún tipo de enfermedad? Sí () No ()

Si la respuesta es no pase a la pregunta 14.



11. ¿Cuál o cuáles?

12. ¿Estas enfermedades interfieren en su vida diaria? Sí () No ()

13. ¿En cuáles aspectos o actividades?

14. ¿Requiere usted ayuda de otras personas para realizar las actividades diarias? Sí () No ()

15. Usted tiene dificultad para:

Comprender y contestar preguntas	() sí	() no
Caminar	() sí	() no
Estar de pie	() sí	() no
Permanecer sentado/a	() sí	() no
Mover sus manos	() sí	() no
Mover sus piernas	() sí	() no
Ver	() sí	() no
Leer	() sí	() no
Escribir	() sí	() no
Escuchar	() sí	() no
Hablar	() sí	() no

16. ¿Cómo es su estado de ánimo durante el día?



17. ¿Cuáles actividades le gusta realizar durante el día?

Observaciones:
