



Ficha de inscripción para el Programa de **Prevención del Alzheimer** en Bollullos de la Mitación

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 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.