

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA VISITA DE SELECCIÓN



## INFORMACIÓN SOBRE LA VISITA DE SELECCIÓN

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto del personal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Hora de la cita: \_\_\_\_\_ Número de habitación/edificio: \_\_\_\_\_

¿Hay estacionamiento accesible disponible? Sí No

Procedimientos y pruebas planificados: \_\_\_\_\_

Información necesaria para verificar la elegibilidad para el ensayo\*: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

*\*Por ejemplo, pueden incluir documentación de la cantidad de copias de SMN2 u hospitalizaciones recientes.*

## INFORMACIÓN SOBRE MÍ/MI FAMILIAR:

*Esta sección puede completarse antes de la visita de selección para mejorar las conversaciones con los miembros del equipo de investigación. Incluya todos los medicamentos, tratamientos y hospitalizaciones, incluidos los no relacionados con la AME.*

TIPOS DE AME: \_\_\_\_\_ Cantidad de copias de SMN2: \_\_\_\_\_

¿El personal del estudio requiere documentación de la cantidad de copias de SMN2? Sí No

Función motora máxima actual: Se sienta con apoyo. Se sienta sin apoyo. Capaz de mantenerse de pie.  
Capaz de caminar.

## Historial de diagnóstico:

Marque si el diagnóstico fue prenatal:

Marque si se diagnosticó a través del examen de detección neonatal:

Edad a la que comenzaron los síntomas de la AME (en meses): \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

## Antecedentes de vacunación reciente (últimos 12 meses):

Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Vacuna: \_\_\_\_\_

Cure SMA | 800-866-1762 | [cureSMA.org](http://cureSMA.org)



Cure SMA es una organización nacional que defiende a las personas con atrofia muscular espinal, una enfermedad neurodegenerativa progresiva que roba fuerza física a las personas, eliminando su capacidad para caminar, tragar y respirar.

### Antecedentes de hospitalización reciente

(últimos 12 meses; incluye las hospitalizaciones relacionadas con el tratamiento de la AME):

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

### Antecedentes de enfermedad reciente (últimos 12 meses):

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicamentos tomados: \_\_\_\_\_

### Antecedentes de lesión reciente (últimos 12 meses):

Fecha: \_\_\_\_\_ Lesión: \_\_\_\_\_ Tratamiento(s) tomado(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lesión: \_\_\_\_\_ Tratamiento(s) tomado(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lesión: \_\_\_\_\_ Tratamiento(s) tomado(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lesión: \_\_\_\_\_ Tratamiento(s) tomado(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lesión: \_\_\_\_\_ Tratamiento(s) tomado(s): \_\_\_\_\_



## Historial de medicamentos (incluidos suplementos):

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Motivo para tomar el medicamento: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

**CONSEJO:** Tome una imagen del envase de cada medicamento para ayudarle a recordar.

Cure SMA | 800-866-1762 | [cureSMA.org](http://cureSMA.org)



Cure SMA es una organización nacional que defiende a las personas con atrofia muscular espinal, una enfermedad neurodegenerativa progresiva que roba fuerza física a las personas, eliminando su capacidad para caminar, tragar y respirar.

### Antecedentes de fisioterapia:

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

### Antecedentes de terapia ocupacional:

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

### Otros antecedentes terapéuticos:

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ubicación del consultorio/de la clínica: \_\_\_\_\_ Motivo de la interrupción: \_\_\_\_\_

### Antecedentes quirúrgicos:

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Cure SMA | 800-866-1762 | [cureSMA.org](http://cureSMA.org)



Cure SMA es una organización nacional que defiende a las personas con atrofia muscular espinal, una enfermedad neurodegenerativa progresiva que roba fuerza física a las personas, eliminando su capacidad para caminar, tragar y respirar.

**Cirugías planificadas (en los próximos 24 meses):**

Est. Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Est. Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud adicionales:**

Otras afecciones (p. ej., escoliosis, contracturas, enfermedad de reflejo gastroesofágico [ERGE], etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alérgenos conocidos: \_\_\_\_\_

Uso de dispositivos de respiración complementarios (p. ej., BiPap): \_\_\_\_\_ Horas al día: \_\_\_\_\_

¿Utiliza una máquina de asistencia para la tos? Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

Rutina de alimentación (marque todo lo que corresponda): dieta absoluta dependencia del tubo  
dieta oral total con algunas compensaciones dieta oral total sin restricciones.

**Salud reproductiva:**

¿Está embarazada en la actualidad? Sí No

¿Tiene previsto quedarse embarazada en los próximos 24 meses? Sí No

¿Usa actualmente métodos anticonceptivos? Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

**Profesionales de atención médica actuales:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cure SMA | 800-866-1762 | cureSMA.org



Cure SMA es una organización nacional que defiende a las personas con atrofia muscular espinal, una enfermedad neurodegenerativa progresiva que roba fuerza física a las personas, eliminando su capacidad para caminar, tragar y respirar.

## PREGUNTAS PARA HACER

¿Cuál es el propósito de este ensayo?

¿Podré yo o mi familiar continuar con mi tratamiento actual?

¿Cambiará mi plan de tratamiento o el de mi familiar?

¿Existe la posibilidad de recibir un placebo o una simulación?

¿Qué tipos de pruebas y procedimientos médicos realizará el personal del estudio durante el ensayo?

¿Cómo garantizará el equipo del estudio mi seguridad o la de mi familiar durante los procedimientos?

¿Durante cuánto tiempo se espera que participe en el ensayo clínico?

¿Con qué frecuencia tendré que visitar el hospital o la clínica? ¿Alguna de estas visitas requerirá una estancia nocturna? ¿Se realizarán todas las visitas en persona o habrá una oportunidad de hacerlas mediante telemedicina?

¿Cuáles son los posibles riesgos de la participación?

¿Cuáles son los posibles beneficios de la participación?

¿Quién supervisará mi atención médica o la de mi familiar mientras participe en el ensayo?

¿Quién pagará los costos asociados a la participación?

¿Me reembolsarán a mí o a mi familiar otros gastos? ¿Está incluida la asistencia para viajes?

¿Qué ocurre si yo o un miembro de mi familia nos lesionamos o enfermamos a causa de nuestra participación en el estudio?

¿Quién más tiene acceso a mis datos o muestras?

Cure SMA | 800-866-1762 | [cureSMA.org](http://cureSMA.org)



Cure SMA es una organización nacional que defiende a las personas con atrofia muscular espinal, una enfermedad neurodegenerativa progresiva que roba fuerza física a las personas, eliminando su capacidad para caminar, tragar y respirar.