

Este formulario debe ser cumplimentado por el profesional de enfermería preguntando directamente al paciente y/o acompañante o completando si es necesario con información de la historia clínica de la persona.

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
--------	------	-----------------------

**Datos de identificación**

CIPA	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo
------	----------------------------------	------

**PARTE 1: PARA TODOS LOS PACIENTES QUE DAN SU CONSENTIMIENTO**

**Datos sociodemográficos**

1	Nivel de estudios	
2	Estado civil	
3	País de nacimiento ¿Cuál?:	
4	¿Dónde vive?	
5	¿Vive solo?	¿Con quién vive? (respuesta múltiple)
		Pareja Hijos Otros familiares Cuidador profesional Otras personas
6	¿Cuántos hijos vivos tiene?	

**Entorno**

7	¿Tiene dificultades para acceder al domicilio (entrar o salir, escaleras, etc.)?	
8	¿Tiene dificultades para acceder al transporte público?	
9	Indique si utiliza los siguientes medios de comunicación	
	Televisión	Horas al día:
	Radio	Horas al día:
	Llamadas telefónicas	Horas al día:
	WhatsApp o similares	Horas al día:
	Redes sociales (Facebook o similares)	Horas al día:
10	¿Tiene problemas de cobertura para teléfono/internet?	
11	¿Ha cambiado la estructura familiar (convivientes) en el último año? (traslados, fallecimientos, separaciones, etc.)	Motivo:
12	¿Dedica tiempo al cuidado de otra persona?	¿A quién? (respuesta múltiple)
		Familiar dependiente Otro dependiente no familiar Niño
		¿Cuántas horas a la semana?:
13	¿Participa usted en actividades de grupo?	¿Cuáles? (respuesta múltiple)
		En el centro de día En el centro cívico En otro centro/asociación Programa interuniversitario de la experiencia Club de los 60 Otras actividades:
14	¿Dispone de una red social de apoyo?	¿Quiénes? (respuesta múltiple)
		Familiares Vecinos Amigos Otros:

Se entiende como red social de apoyo a una o más personas que brindan un soporte emocional o de acompañamiento, con la que pueden hablar de cómo se sienten.

**Estado de salud**

15	¿Realiza alguna actividad física?	¿Cuál?:
16	¿Sigue una alimentación variada?	
17	¿Tiene problemas para dormir?	
18	¿Toma medicación para dormir?	
19	¿Convive con alguna mascota?	¿Cuál/es?:
20	¿Tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria como ducharse, vestirse o hacer la compra?	
21	¿Tiene limitaciones funcionales/físicas?	
22	¿Tiene limitaciones cognitivas/memoria?	
23	¿Tiene problemas de visión?	
24	¿Tiene problemas de audición?	
25	¿Tiene alguna discapacidad reconocida?	
26	¿Tiene algún diagnóstico médico de enfermedad mental?	¿Cuál?: (respuesta múltiple) Ansiedad Depresión Otra:
27	¿Tiene alguno de estos problemas de salud? (respuesta múltiple)	Problema osteomuscular Patología cardiovascular Trastorno gastrointestinal Alteración del sistema inmunológico Problema respiratorio Pérdida de energía/fatiga crónica Consumo excesivo de alcohol
28	En el último año ¿Ha sufrido en algún momento discriminación?	¿Cuál/es?:

**Percepción del estado de salud**

29	¿Cómo consideraría su estado de salud?	
30	¿Está satisfecho con sus relaciones familiares?	
31	¿Está satisfecho con sus relaciones sociales?	
32	¿Siente miedo cuando está solo en casa?	
33	Si en la pregunta 12 ha indicado que es cuidador. ¿Está satisfecho con su papel de cuidador?	
34	¿Tiene pensamientos de muerte (ideación suicida)?	
35	¿Ha tenido ingresos hospitalarios en el último año?	¿Cuántos ingresos?:
36	¿Ha acudido a su centro de salud en el último año?	¿Cuántas veces?:

**Riesgo de soledad no deseada**

37	¿Con qué frecuencia se ha sentido solo/a durante el último año? <i>Si contesta Siempre o Bastantes veces, se apuntará en el estadillo que <b>SI</b> hay sospecha de soledad no deseada y se continuará con la PARTE 2 de este formulario. Si la respuesta es Pocas veces o Nunca o casi nunca, se apuntará en el estadillo que <b>NO</b> hay sospecha de soledad no deseada y parará el estudio.</i>
----	---

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
--------	------	-----------------------

**Datos de identificación**

CIPA	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo
------	----------------------------------	------

**PARTE 2: PARA LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE SOLEDAD NO DESEADA**

**Test de Jong Gierveld**

Indique, para cada una de las 11 afirmaciones, en qué medida se corresponden con la situación actual del paciente, atendiendo a cómo se siente ahora.

1	Siempre hay alguien con quién puede hablar de sus problemas diarios
2	Echa de menos tener un buen amigo de verdad
3	Siente una sensación de vacío a su alrededor
4	Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad
5	Echa de menos la compañía de otras personas
6	Piensa que su círculo de amistades (amigos y conocidos) es demasiado limitado
7	Tiene mucha gente en la que confiar plenamente
8	Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha
9	Echa de menos tener gente a su alrededor
10	Se siente abandonado/rechazado a menudo
11	Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita

**Escala LSN-R**

**Relación con miembros de la familia**

1	¿Con cuántos familiares se reúne o tiene noticias de ellos, al menos, una vez al mes?
2	Con el familiar que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?
3	¿Con cuántos familiares se siente suficientemente cómodo para hablar de asuntos personales?
4	¿A cuántos familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?
5	Cuando alguno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?
6	¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

**Relación con personas cercanas no miembros de la familia**

7	¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos, al menos, una vez al mes?
8	Con el amigo que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?
9	¿Con cuántos amigos se siente suficientemente cómodo para hablar de asuntos personales?
10	¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?
11	Cuando alguno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?
12	¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

## Centros de coordinación periféricos

<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila</b> Sección de Epidemiología Cl. San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073;810492/810525 Email: <a href="mailto:redcentinelavila@jcy.es">redcentinelavila@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos</b> Sección de Epidemiología Po. Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280137;820805/947280101;820802 Email: <a href="mailto:redcentinela.burgos@jcy.es">redcentinela.burgos@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de León</b> Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941;831370/831356 Email: <a href="mailto:redcentinela.leon@jcy.es">redcentinela.leon@jcy.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643/979715441;840642 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.es">redcentinela.palencia@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca</b> Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara, 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030;851813/923296022;851815 Email: <a href="mailto:redcentinela.salamanca@jcy.es">redcentinela.salamanca@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia</b> Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155;860423/921417175;860426 Email: <a href="mailto:redcentinela.segovia@jcy.es">redcentinela.segovia@jcy.es</a></p>
<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Soria</b> Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600;871142/871141 Email: <a href="mailto:redcentinela.soria@jcy.es">redcentinela.soria@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid</b> Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413760;883731/883729 Email: <a href="mailto:redcentinela.valladolid@jcy.es">redcentinela.valladolid@jcy.es</a></p>	<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora</b> Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547431;890385/980547439;890409 Email: <a href="mailto:redcentinela.zamora@jcy.es">redcentinela.zamora@jcy.es</a></p>

## Centro coordinador general

<p><b>Dirección General de Salud Pública</b> Servicio de Alertas y Respuesta Rápida Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid Tel:983413600;806415/806366/806360 Email : <a href="mailto:redcentinela@jcy.es">redcentinela@jcy.es</a></p>
--

## Centro coordinador de enfermería

<p><b>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia</b> Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643/979715441;840642 Email: <a href="mailto:redcentinela.palencia@jcy.es">redcentinela.palencia@jcy.es</a></p>
---



**RED CENTINELA SANITARIA**  
CASTILLA Y LEÓN