

SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES
RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2026
 Estadillo de control

NOMBRE _____	CIAS _____	Día del estudio	<input type="checkbox"/> Día 1 (14/04/26)	<input type="checkbox"/> Día 3 (07/07/26)	<input type="checkbox"/> Día 5 (22/10/26)	<input type="checkbox"/> Día 7 (19/01/27)
Fecha real de realización del estudio	___/___/___		<input type="checkbox"/> Día 2 (20/05/26)	<input type="checkbox"/> Día 4 (23/09/26)	<input type="checkbox"/> Día 6 (17/11/26)	<input type="checkbox"/> Día 8 (17/02/27)

(puede ser el día del estudio, el anterior o el siguiente, ver protocolo)

N.º (1)	CIPA	Consentimiento	Cumplimentada parte 1	Sospecha de soledad no deseada (2)	Cumplimentada parte 2	Observaciones
1		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
17		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
18		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
19		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
20		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
21		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
22		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
23		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
24		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
25		<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	

(1) El máximo de personas de 65 o más años que se deben estudiar cada día se establece en 10. El estadillo tiene 25 líneas por si hay personas que no consienten.

(2) Respuesta a la pregunta 37 del formulario individual, al final de la PARTE 1. Si la respuesta es Sí, continuar con la PARTE 2 del formulario.