NOMBRE:_____ **ACCT. #:**_____ **FECHA:**_____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (R801.22-NP2-Spanish)

El siguiente cuestionario incluye información no disponible en análisis de sangre, rayos X o de ninguna otra fuente más que Ud. Por favor intente responder cada pregunta aun cuando crea que no se relaciona con Ud. en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda lo que Ud. piense o sienta. Muchas gracias.

1. Nos interesa saber de qué manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor marque (√) la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades usuales (habituales).

DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿pudo Usted...	Sin **NINGUNA** Dificultad	Con **ALGO** de Dificultad	Con **MUCHA** Dificultad	**IMPOSIBLE** de Hacer
a. ¿Vestirse solo(a), incluyendo amarrarse (atarse) los cordones de los zapatos, abotonarse (abrocharse) y desabotonarse (desabrocharse) la ropa?	0	1	2	3
b. ¿Acostarse y levantarse de la cama?	0	1	2	3
c. ¿Levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?	0	1	2	3
d. ¿Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano?	0	1	2	3
e. ¿Lavarse y secarse el cuerpo?	0	1	2	3
f. ¿Agacharse para recoger ropa o algo del piso o el suelo?	0	1	2	3
g. ¿Abrir y cerrar las llaves del agua (grifos, canillas)?	0	1	2	3
h. ¿Subir (meterse) y bajar (salir) de un automóvil?	0	1	2	3
i. ¿Caminar 3 kilometros?	0	1	2	3
j. ¿Participar en juegos y deportes como Ud. quisiera?	0	1	2	3
k. ¿Dormir bien por las noches y tener un sueño reparador?	0	1.1	2.2	3.3
l. ¿Controlar sus nervios o ansiedad?	0	1.1	2.2	3.3
m. ¿Controlar sus sentimientos de depresión o melancolía?	0	1.1	2.2	3.3

2. Cuánto DOLOR ha tenido por su enfermedad DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA? Por favor marque con una X en la línea de abajo para indicar cuánto dolor ha tenido:

SIN NINGÚN DOLOR ○ EL PEOR DOLOR QUE SE PUEDA IMAGINAR

0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10

3. Por favor indique la intensidad del dolor que ha tenido el día de hoy en cada una de las articulaciones abajo mencionadas. Coloque una X en el número que describa la intensidad de su dolor.

	Nada	Leve	Moderado	Severo/fuerte		Nada	Leve	Moderado	Severo/fuerte
a. DEDOS MANO IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	i. DEDOS MANO DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. MUÑECA IZQ.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	j. MUÑECA DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. CODO IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	k. CODO DERECHO	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. HOMBRO IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	l. HOMBRO DER.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. CADERA IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	m. CADERA DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. RODILLA IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	n. RODILLA DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. TOBILLO IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	o. TOBILLO DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h. DEDOS PIE IZQ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	p. DEDOS PIE DER	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
q. CUELLO	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	r. ESPALDA	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Considerando todas las formas en las que su artritis o enfermedad le afecta, por favor marque con una X en la línea de abajo lo que mejor describa cómo se siente en este momento:

MUY BIEN ○ MUY MAL

0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10

POR FAVOR VOLTEE LA PÁGINA

SÓLO PARA USO MÉDICO

1.a-j FN (0-10): ☐

1=0.3 16=5.3
2=0.7 17=5.7
3=1.0 18=6.0
4=1.3 19=6.3
5=1.7 20=6.7
6=2.0 21=7.0
7=2.3 22=7.3
8=2.7 23=7.7
9=3.0 24=8.0
10=3.3 25=8.3
11=3.7 26=8.7
12=4.0 27=9.0
13=4.3 28=9.3
14=4.7 29=9.7
15=5.0 30=10

2.PN (0-10): ☐

4.PTGL (0-10): ☐

RAPID 3 (0-30) ☐

Cat:
HS = >12
MS = 6.1-12
LS = 3.1-6
R = ≤ 3

Copyright: Health Report Services, Telephone 615-479-5303, E-mail tedpincus@gmail.com

5. Por favor marque (√) si Ud. ha experimentado alguno de los siguientes síntomas o actividades <u>en el último mes</u>:

SÓLO PARA USO MÉDICO
5. ROS: ☐

__Fiebre
__Aumento de peso (>4.5 kilos)
__Pérdida de peso (>4.5 kilos)
__Sentimiento de enfermedad
__Dolor de cabeza
__Fatiga inusual
__Glándulas inflamadas
__Pérdida de apetito
__Rash o ronchas en la piel
__Moretones o sangrados inusuales
__Otros problemas de piel
__Pérdida de cabello
__Ojos secos
__Otros problemas oculares
__Problemas auditivos
__Zumbido de oídos
__Tupidez nasal
__Úlceras en la boca
__Boca seca
__Problemas con el olfato o gusto
__Tumoración en la garganta
__Tos
__Falta de aire
__Silbido de pecho
__Dolor de pecho
__Palpitaciones
__Problemas para tragar
__Acidez o gas en el estómago
__Dolor o calambre en el estómago
__Náusea
__Vómitos
__Estreñimiento o constipacion
__Diarrea
__Materia fecal oscura o con sangre
__Problemas al orinar
__Problemas ginecológicos
__Mareos
__Pérdida de equilibrio
__Dolor o calambres musculares
__Debilidad muscular
__Parálisis de brazos o piernas
__Adormecimientos de brazos o piernas
__Desmayos
__Tumefacción de manos
__Tumefacción de tobillos
__Tumefacción de otras articulaciones
__Dolor articular
__Dolor de espalda
__Dolor de cuello
__Uso de drogas
__Tabaquismo
__Bebido más de 2 bebidas alcohólicas por día
__Depresión - desánimo
__Ansiedad - nervios
__Problemas de pensamiento
__Problemas de memoria
__Problemas para dormir
__Problemas sexuales
__Quemazón en los órganos sexuales
__Problemas con las actividades sociales

Por favor marque (√) aquí si Ud. NO ha experimentado ninguno de los síntomas arriba mencionados en el último mes: _____

---

6. ¿Estuvieron sus articulaciones ENTUMIDAS/RÍGIDAS/TIESAS al levantarse o despertarse en las mañanas DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA? ☐No ☐Sí

Si su respuesta es "No," por favor vaya a la siguiente pregunta.

Si su respuesta es "Sí," ¿Cuál fue su duración? Por favor escriba el número de minutos _____, u horas _____ que tarda en sentirse flexible como estará a lo largo del día o aflojarse completamente

7. ¿Cómo se siente HOY comparado a HACE UNA SEMANA? Por favor marque (√) sólo una respuesta.

Mucho Mejor · (1), Mejor · (2), Igual · (3), Peor · (4), Mucho Peor · (5) *que hace una semana*

8. ¿Con qué frecuencia hace ejercicios aeróbicos (sudando, con aumento de la frecuencia cardiaca y de respiración) al menos durante media hora (30 minutos)? Por favor, marque sólo una respuesta.

☐ 3 o más veces por semana (3) ☐ 1-2 veces por mes (1)
☐ 1-2 veces por semana (2) ☐ No hago ejercicio regularmente (0) ☐ No puedo hacer ejercicio debido a discapacidad (9)

9. ¿DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ha sido el cansancio, FATIGA o agotamiento físico un problema importante en su vida? Por favor coloque una X en la línea de abajo que indique cuán importante es su fatiga.

NO ES UN PROBLEMA ○ **ES UN PROBLEMA GRANDE**
0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10

10. Durante los últimos 6 meses ha Ud. tenido/hecho?: [Por favor marque (√)]

☐No ☐ Sí Alguna operación o enfermedad nueva
☐No ☐ Sí Alguna consulta o internacion en el hospital
☐No ☐ Sí Alguna caída, fractura de hueso o trauma
☐No ☐ Sí Algún síntoma nuevo importante
☐No ☐ Sí Efecto(s) adverso(s) de alguna droga/medicacion
☐No ☐ Sí Fumado cigarillos regularmente
☐No ☐ Sí Cambio(s) de medicinas para artritis u otros medicinas
☐No ☐ Sí Cambio(s) de dirección/vivienda
☐No ☐ Sí Cambio(s) de estado civil
☐No ☐ Sí Cambio de trabajo o se ha retirado
☐No ☐ Sí Cambio de seguro médico
☐No ☐ Sí Cambio de medico primario/general u otro médico

Por favor explique algún "Sí", o indique algún otro asunto de su salud que lo esté afectando:

_____

_____

SEXO: ☐ Femenino, ☐ Masculino **GRUPO ÉTNICO:** ☐ Asiático, ☐ Negro, ☐ Hispano, ☐ Blanco, ☐ Otra_____

Su ocupación/empleo:_____
Empleo: ☐ Tiempo completo, ☐ Tiempo parcial, ☐ Discapacitado
☐ Ama de casa, ☐ Independiente, ☐Retirado,
☐ Desempleado, ☐ Otro_____

Por favor haga un círculo alrededor del número de años de educación completados:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Por favor indique su Peso: _____ **Estatura:** _____

Nombre_____ **Fecha de nacimiento** _____ **Fecha** _____

 GRACIAS POR AYUDARNOS A MONITORIZAR SU SALUD **R801.22NP2**

SÓLO PARA USO MÉDICO: He revisado las respuestas del cuestionario.
Fecha: _____ Firma_____