ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

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 que manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor marque (✓) la repuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades usuales:

DURANTE LA SEMANA PASADA :	Sin NINGUNA Difficultad	Con ALGO de Difficultad	Con MUCHA Difficultad	Imposible de Hacer
a. Vestirse soloa), incluyendo amarrarse los cordones de los zapatos, abotonarse (abrocharse) y desabotonarse la ropa?	0 _____	1 _____	2 _____	3 _____
b. Acostarse y levantarse de la cama?	0 _____	1 _____	2 _____	3 _____
c. Levantar una laza o un vaso lleno para llevarselo 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 recojer ropa o algo del pizo o el suelo?	0 _____	1 _____	2 _____	3 _____
g. Abrir y cerrar las llaves del agua (grifos, carrillas)?	0 _____	1 _____	2 _____	3 _____
h. Subir (meterse) y bajar (salir) de un automovil?	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 la noches y tener un sueno reperador?	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 melancolia?	0 _____	1.1 _____	2.2 _____	3.3 _____

2. Cuánto DOLOR ha tenido por su enfermedad DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA?

   Por favor marque con (✓) en la linea de abajo para indicar cuánto dolor ha tenido:

SIN NINGUN DOLOR	☐ 0	☐ 0.5	☐ 1	☐ 1.5	☐ 2	☐ 2.5	☐ 3	☐ 3.5	☐ 4	☐ 4.5	☐ 5	☐ 5.5	☐ 6	☐ 6.5	☐ 7	☐ 7.5	☐ 8	☐ 8.5	☐ 9	☐ 9.5	☐ 10	☐ EL PEOR DOLOR QUE SE PUEDA IMAGINAR

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 (✓)en el numero que describa la intensidad de su dolor.

	Nada	Leve	Moderado	Severo		Nada	Leve	Moderado	Severo
a. Dedos Mano Izq.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	i. Dedos Mano Der.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Muneca Izq.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	j. Muneca Der.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Codo Izq.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	k Codo Der.	☐ 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, or favor marque con una X en la linea de abajo lo que mejor describa como se siente en este momento:

MUY BIEN	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10	MUY MAL

Nombre _____ Fecha de Nacimiento_____ Fecha _____

Gracias por ayudarnos a monitorizar su salud.

SOLO PARA USO MEDICO: He revisado las repuestas del cuestionario. **Fecha:** **Firma:**				
1. a-j FN (0-10)	1=0.3 2=0.7 3=1.0 16=5.3 17=5.7 18=6.0	4=1.3 5=1.7 6=2.0 19=6.3 20=6.7 21=7.0	7=2.3 8=2.7 9=3.0 22=7.3 23=7.7 24=8.0	10=3.3 11=3.7 12=4.0 25=8.3 26=8.7 27=9.0	13=4.3 14=4.7 15=5.0 28=9.3 29=9.7 30=10.0
2. PN (0-10)	**4. PTGL (0-10):**		**RAPID 3 (0-30):**	**Cat:** HS = >12 MS = 6.1-12 LS = 3.1-5 R = <3