

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 respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades usuales:

DURANTE LA SEMANA PASADA :	Sin NINGUNA Dificultad	Con ALGO de Dificultad	Con MUCHA Dificultad	Imposible de Hacer
a. Vestirse solo(a), 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 llevarse 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, 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 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 (✓) en la linea de abajo para indicar cuánto dolor ha tenido:

SIN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	EL PEOR DOLOR	
NINGUN	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
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 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=10.0
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