



**Cuestionario de Salud**

**Versión Española**  
*(Spanish version)*

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

**Movilidad**

- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo algunos problemas para caminar ☐
- Tengo que estar en la cama ☐

**Cuidado Personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal ☐
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme ☐
- Soy incapaz de lavarme o vestirme ☐

**Actividades Cotidianas** (ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ☐

**Dolor/Malestar**

- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo moderado dolor o malestar ☐
- Tengo mucho dolor o malestar ☐

**Ansiedad/Depresión**

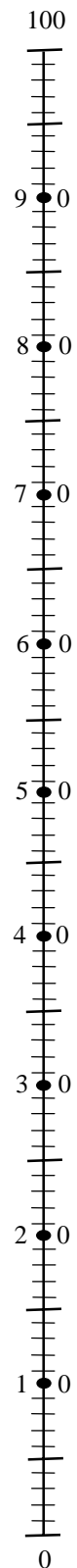
- No estoy ansioso ni deprimido ☐
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
- Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**Su estado  
de salud  
hoy**

El mejor estado  
de salud  
imaginable



El peor estado  
de salud  
imaginable

Como las respuestas son anónimas, nos ayudará a entenderlas mejor si nos proporciona un poco de información personal, contenida en las siguientes preguntas.

1. ¿Tiene experiencia con enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
<i>en usted</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Hombre	Mujer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

4. Es usted:

<i>fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ex-fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>nunca ha fumado</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

Si ha contestado sí, anote ¿de qué? .....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

<i>empleado o trabaja por su cuenta</i>	<input type="checkbox"/>
<i>retirado o jubilado</i>	<input type="checkbox"/>
<i>tareas domésticas</i>	<input type="checkbox"/>
<i>estudiante</i>	<input type="checkbox"/>
<i>buscando trabajo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>otros (por favor especifique)</i>	<input type="checkbox"/> .....

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

7. ¿Nivel de estudios realizados?

Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Preparatoria	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN EL CUADRO

8. Si conoce su código postal, ¿podría escribirlo aquí?