

HRSA SPNS US/Mexico Border Health Initiative

Centro de Evaluación: US/Mexico Border Health Evaluation Center
 San Ysidro Health Center, CA - El Rio Community Health Center, Tucson, AZ - Camino de
 Vida, Las Cruces, NM - La Fe Clinic, El Paso, TX - Valley AIDS Council, Harlingen, TX

CALIDAD DE VIDA**E**

Programa SPNS:

--	--	--	--

Subsede del proyecto:

--	--	--	--

Fecha (MM/DD/AA)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Número HRSA (número de identificación única):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cómo contestará el cuestionario?

- por cuenta propia por cuenta propia con ayuda
 entrevista por teléfono entrevista presencial

Idioma del cuestionario:

- Inglés
 Español

Veces llenado:

- 1 2 3 4 5

Persona del staff:

--	--	--

CLIENTE: ¿Podría proporcionarnos la siguiente información?**1. En general, su estado de salud es:**

- excelente muy bueno bueno regular malo

2. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El peor estado de salud posible

A la mitad (entre la peor y la mejor salud)

La mejor salud

3. En las últimas 4 semanas, ¿su salud le ha impedido trabajar, hacer quehaceres en la casa o ir a la escuela?

- no sí, parte del tiempo sí, todo el tiempo

4. En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha/han interferido su salud física o problemas de tipo emocional con sus actividades sociales llevadas a cabo con su familia, amigos, vecinos o grupos?

- nada un poco moderadamente mucho demasiado

5. En las últimas 4 semanas, ¿le ha impedido su salud hacer cierta cantidad de trabajo, quehaceres de la casa o tareas escolares?

- no sí, parte del tiempo sí, todo el tiempo

6. En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto interfirieron dolores de cuerpo con su trabajo normal (incluyendo trabajo dentro como fuera de la casa)?

- nada un poco moderadamente mucho demasiado

Favor de indicar hasta qué punto las declaraciones siguientes son ciertas o falsas para usted.**7. Mi salud es excelente.**

- definitivamente cierto mayormente cierto no estoy seguro(a) mayormente falso definitivamente falso

8. Me he sentido mal últimamente.

- definitivamente cierto mayormente cierto no estoy seguro(a) mayormente falso definitivamente falso

¿Hasta qué punto se ve usted limitado(a) por su salud al realizar las siguientes actividades?**9. El tipo o cantidad de actividades que usted puede hacer y que requieren de mucha energía, como levantar objetos muy pesados, correr o participar en deportes fuertes o agotadores.**

- muy limitado(a) poco limitado(a) nada limitado(a)

10. El tipo o cantidad de actividades que usted puede hacer y que requieren un esfuerzo moderado, como mover una mesa o cargar el mandado.

- muy limitado(a) poco limitado(a) nada limitado(a)

11. Caminar cuesta arriba (subir una loma) o subir varios pisos de escaleras.

- muy limitado(a) poco limitado(a) nada limitado(a)

12. Comer, vestirse, bañarse o usar el escusado.

- muy limitado(a) poco limitado(a) nada limitado(a)

Por favor continúe en la siguiente página:**8172150981**

Número HRSA (número de identificación única):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Página 2

CALIDAD DE VIDA

E

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor llene el círculo correspondiente a cada respuesta que sea la más cercana a la manera en que se ha sentido durante las últimas 4 semanas.

Cuanto tiempo durante las últimas 4 semanas:

13. ¿Su salud física o problemas de tipo emocional han limitado sus actividades sociales (como visitar a amigos o parientes cercanos)?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

14. ¿Tuvo problemas para mantener su atención en una actividad por tiempo prolongado?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

15. ¿Tuvo dificultad para razonar o resolver problemas?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

16. ¿Se ha sentido calmado y en paz?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

17. ¿Se ha sentido desanimado(a) y triste?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

18. ¿Se ha sentido cansado(a)?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

19. ¿Tuvo suficiente energía para realizar las cosas que le hubiera gustado hacer?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

20. ¿Ha estado contento(a)?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

21. ¿Se le han olvidado cosas que han pasado?

todo el tiempo la mayor parte del tiempo buena parte del tiempo algunas veces pocas veces nunca

22. ¿Cuánto dolor de cuerpo ha tenido durante las últimas 4 semanas?

ninguno muy poco poco moderado severo muy severo

3940150989