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 repu	iesta que r	nejor desc	riba su cap	oacidad para	hacer la	is cosas o	sus habi	ilidades usua	ales:
DURANTE LA SEN	DURANTE LA SEMANA PASADA :					Con ALGO d Difficulta		Con MUCHA Difficultad		Imposible de Hacer	
A. Vestirse soloa), incluzapatos, abotonarse Acostarse y levar Levantar una laza o Caminar fuera de Lavarse y secarse Agacharse para reco Abrir y cerrar las Subir (meterse) Caminar 3 Kilom Participar en jue Dormir bien por reperador? Controlar sus secarses	ropa? boca? ? as)? il?	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 1 0 1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			2 2		3				
melancolia? 2. Cuánto DOLOR I	na tenido _l	por su en	fermedad	DURANTE	LA ÚLTIM	A SEMANA?					
Por favor marque	e con (√) €	en la linea	a de abajo	para indic	car cuánto	dolor ha teni	do:				
SIN NINGUN DOLOR 0 0.5	1 1.5	22.5	□ □ 3 3.5	□ □ 4 4.5	□ □ 5 5.5	6 6.5 7	7.5	8 8.5	9 9.5		R DOLOR E PUEDA GINAR
3. Por favor indique							e las arti	culaciones	s abajo n	nencionadas.	
Coloque una (✔)								21-1-		• • • • • • •	
a. Dedos Mano Izq b. Muneca Izq. c. Codo Izq. d. Hombro Izq. e. Cadera Izq. f. Rodilla Izq. g. Tobillo Izq. h. Dedos Pie Izq. q. Cuello		Leve 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Moderado	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	i. j. j. j. k.	Codo Der. Hombro De Der. Rodilla Der. Tobillo Der. Dedos Pie E Espalda	er. er. r. Der.	Nada	Leve 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Moderado	Severo
4. Considerando toda	as las forma	s en las qu	e su artritis	o enfermed	dad le afecta	a, or favor marc	que con	una X en la	ı linea de	abajo lo que	mejor
describa como se s	siente en est	te momen	to:								
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			F	echa de N	e Nacimiento Fecha						
Gracias por ayudarnos a monitorizar su salud.											
SOLO PARA USO M	IEDICO: H	e revisad	o las repue	stas del cı	uestionario).					100
Fecha:		Fir	rma:								
1. a-j FN (0-10)	2=0.7	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	14	3=4.3 28=9.3 4=4.7 29=9.7 5=5.0 30=10.0	

RAPID 3 (0-30):

Cat: HS = >12 MS = 6.1-12LS = 3.1-5 R = <3

2. PN (0-10)

4. PTGL (0-10):