

Name: _____

Date: _____

Med Record No: _____

Patient Health Measures

En esta sección estamos interesados en saber cómo su enfermedad afecta su habilidad de funcionar en su vida diaria. Por favor, marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales DURANTE LA ULTIMA SEMANA:

¿Pudo usted:	Sin NINGUNA dificultad (0)	Con ALGUNA dificultad (1)	Con MUCHA dificultad (2)	NO PUDE hacerlo (3)
Vestirse solo/a, incluyendo amarrarse los cordones (las agujetas) de los zapatos y abotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de una silla sin apoyarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar un vaso lleno o una taza llena a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir un cartón nuevo de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar afuera en terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Pudo usted:	Sin NINGUNA dificultad (0)	Con ALGUNA dificultad (1)	Con MUCHA dificultad (2)	NO PUDE hacerlo (3)
Lavarse y secarse el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar un baño en la bañera (tina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro (la taza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar y bajar un objeto de 5 libras (como un paquete de azúcar) de un lugar un poco más alto que su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir las puertas de los autos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos que ya han sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las llaves del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer mandados e ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas (por ej. pasar la aspiradora o trabajar en el jardín)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Name: _____

Date: _____

Page 2 of 3

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. **Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, por favor, sólo marque uno de los números que aparecen en cada línea.**

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento agotado(a)-----	0	1	2	3	4
Siento debilidad en todo el cuerpo-----	0	1	2	3	4
Me siento decaído(a)-----	0	1	2	3	4
Me siento cansado(a)-----	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a)-----	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a)-----	0	1	2	3	4
Tengo energía-----	0	1	2	3	4
Soy capaz de hacer mis actividades diarias (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)-----	0	1	2	3	4
Necesito dormir durante el día-----	0	1	2	3	4
Estoy demasiado cansado(a) para comer-----	0	1	2	3	4
Necesito ayuda para hacer mis actividades diarias (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)-----	0	1	2	3	4
Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer-----	0	1	2	3	4
Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio-----	0	1	2	3	4

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de las mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía.				
5. Tener poco apetito o comer en exceso.				
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia.				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera				

Patient Name: _____

Date: _____

Page 3 of 3

Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando la línea con una rayita vertical que la atraviese.

VALORACIÓN GLOBAL DEL ESTADO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Marque en esta línea cómo valoraría su artritis en la actualidad y en qué medida le afecta

◇ ◇

Nada 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0 Máximo

VALORACIÓN GLOBAL DEL DOLOR.

Marque en esta línea cuál es su nivel de dolor hoy

◇ ◇

Sin dolor 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0 Insoportable

STOP - FOR OFFICE USE ONLY - NO MARKS BELOW THIS POINT



Health Assessment Questionnaire Scale:

1	0.125	5	0.625	9	1.125	13	1.625	17	2.125	21	2.625
2	0.250	6	0.750	10	1.250	14	1.750	18	2.250	22	2.750
3	0.375	7	0.875	11	1.375	15	1.875	19	2.375	23	2.875
4	0.500	8	1.000	12	1.500	16	2.000	20	2.500	24	3.000

FACIT – Fatigue Scale:

1	0.077	10	0.769	19	1.462	28	2.154	37	2.846	46	3.538
2	0.154	11	0.846	20	1.538	29	2.231	38	2.923	47	3.615
3	0.231	12	0.923	21	1.615	30	2.308	39	3.000	48	3.692
4	0.308	13	1.000	22	1.692	31	2.385	40	3.077	49	3.769
5	0.385	14	1.077	23	1.769	32	2.462	41	3.154	50	3.846
6	0.462	15	1.154	24	1.846	33	2.538	42	3.231	51	3.923
7	0.538	16	1.231	25	1.923	34	2.615	43	3.308	52	4.000
8	0.615	17	1.308	26	2.000	35	2.692	44	3.385		
9	0.692	18	1.385	27	2.077	36	2.769	45	3.462		

HAQ: _____

FACIT = _____

PHQ-9 =: _____

Patient Global Assessment: _____

Pain Score = _____