

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas leves para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas moderados para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas graves para caminar | <input type="checkbox"/> |
| No puedo caminar | <input type="checkbox"/> |

AUTO-CUIDADO

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas leves para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas graves para lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |
| No puedo lavarme o vestirme | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| No puedo realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |

DOLOR / MALESTAR

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo dolor o malestar leve | <input type="checkbox"/> |
| Tengo dolor o malestar moderado | <input type="checkbox"/> |
| Tengo dolor o malestar fuerte | <input type="checkbox"/> |
| Tengo dolor o malestar extremo | <input type="checkbox"/> |

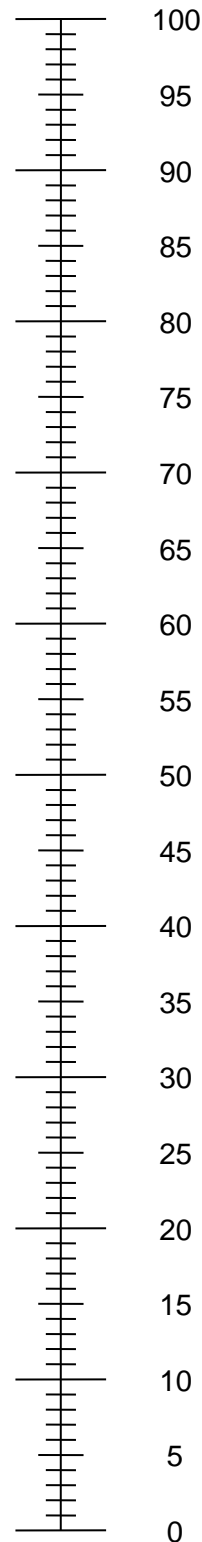
ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- | | |
|--|--------------------------|
| No estoy ansioso ni deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy levemente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy muy ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Estoy extremadamente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud
que usted se
pueda imaginar



La peor salud
que usted se
pueda imaginar