

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A LO QUE USTED PIENSA SOBRE SU SALUD. SUS RESPUESTAS PERMITIRÁN SABER CÓMO SE ENCUENTRA USTED Y HASTA QUÉ PUNTO ES CAPAZ DE HACER SUS ACTIVIDADES HABITUALES. SI NO ESTÁ SEGURO/A DE CÓMO RESPONDER UNA PREGUNTA, CONTESTE LO QUE LE PAREZCA MÁS CIERTO. POR FAVOR, MARQUE LA RESPUESTA CON UN CÍRCULO.

P.1 EN GENERAL, USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES:

(Una sólo respuesta)

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5

P.2 ¿CÓMO DIRÍA USTED QUE ES SU SALUD ACTUAL, COMPARADA CON LA DE HACE UN AÑO?:

(Una sólo respuesta)

- Mucho mejor 1
- Algo mejor 2
- Más o menos igual 3
- Algo peor 4
- Mucho peor 5

P.3 POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

SÍ NO

- P.3A** Actualmente, su estado de salud, ¿interfiere o dificulta su actividad laboral? 1
- P.3B** Actualmente, su estado de salud, ¿le impide realizar esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de 1 hora? 1
- P.3C** Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas en su vida familiar, es decir, las relaciones con los de casa? 1
- P.3D** Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida sexual? 1

P.4 POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES FRASES:

(Una sólo respuesta en horizontal)

	Totalmente cierto	Bastante cierto	Bastante falso	Totalmente falso
P.4A Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	4	3	2	1
P.4B Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4
P.4C Creo que mi salud va a empeorar	4	3	2	1
P.4D Mi salud es excelente	1	2	3	4

P.5 DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTO TIEMPO...?

(Una sólo respuesta en horizontal)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
P.5A ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
P.5B ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
P.5C ¿Se sintió desanimado y triste?	6	5	4	3	2	1
P.5D ¿Se sintió cansado/agotado?	6	5	4	3	2	1

P.6 DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿HASTA QUÉ PUNTO EL DOLOR LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO HABITUAL (INCLUIDO EL TRABAJO FUERA DE CASA Y LAS TAREAS DOMÉSTICAS)?

(Una sólo respuesta)

- Nada 3
- Un poco 6
- Regular 9
- Bastante 12
- Mucho 15

P.7A ¿SU DOLOR ES...?

(Una sólo respuesta)

- Ligero 1
- Molesto 2
- Intenso 3
- Insoportable 4

P.7C POR FAVOR, SEÑALE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE OPORTUNA:

(Una sólo respuesta)

- Su dolor le permite, ser autosuficiente 1
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda ocasional 2
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda frecuentemente 3
- Debido a su dolor, usted necesita estar encamado 4

P.8 ¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA GRAVEDAD DE SU DOLOR?

(Una sólo respuesta)

- Muy leve 1
- Leve 2
- Ni grave, ni leve 3
- Grave 4
- Muy grave 5

P.9 A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN UNA SERIE DE PROBLEMAS QUE LA GENTE PUEDE TENER EN SU VIDA DIARIA. EN CADA UNO DE ELLOS, MARQUE UNA CRUZ EN LA CASILLA DEL "SÍ" SI LO TIENE, Y EN LA DEL "NO" SI NO LO TIENE.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ● Las cosas me deprimen o me siento desanimado/a | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Últimamente me enfado con facilidad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Siempre estoy fatigado/a | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo haciendo cola) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Me cuesta mucho dormirme | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Me paso la mayor parte de la noche despierto/a o las preocupaciones me desvelan por la noche | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Tengo dolor constantemente (también por la noche) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
| ● Creo que soy una carga para los demás | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |

SUMA TOTAL :

Espiditest

D.1 ¿POR CUÁL DE ESTOS DOLORES ESTÁ EN LA CONSULTA?

- A** DOLOR REUMÁTICO del tipo artrosis, artritis, lumbago, ciática, inflamación de tendones y/o áreas que rodean las articulaciones 1
- B** DOLOR TRAUMÁTICO como esguinces, luxaciones, roturas musculares u óseas, etc. 2
- C** DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO: dolor radicular agudo 3
- D** DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO: dolor lumbar agudo 4
- E** DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: patología oído externo 5
- F** DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: patología oído medio 6
- G** DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: otalgia refleja 7
- H** DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: dolor sinusitis 8
- I** DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: dolor garganta 9
- J** DOLOR DENTAL (dientes, muelas, encías, ortodoncia, etc.) 10
- K** DOLORES MENSTRUALES producidos por la regla 11
- L** Otro tipo de dolor (Especificar): 12

D.2 ÁMBITO DE REALIZACIÓN DEL TEST:

● Atención Primaria	1
● Atención Hospitalaria	2

D.3 SEXO:

● Hombre	1
● Mujer	2

D.4 EDAD:

D.3 PROVINCIA: