

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 POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES FRASES:

(Una sólo respuesta en horizontal)

	Totalmente cierto	Bastante cierto	Bastante falso	Totalmente falso
<input type="radio"/> Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	4	3	2	1
<input type="radio"/> Creo que mi salud va a empeorar	4	3	2	1

P.3 DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTO TIEMPO...?

(Una sólo respuesta en horizontal)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="radio"/> ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/> ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6

P.4 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

SUMA TOTAL :

Fast-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:

<input type="radio"/> Atención Primaria	1
<input type="radio"/> Atención Hospitalaria	2

D.3 SEXO:

<input type="radio"/> Hombre	1
<input type="radio"/> Mujer	2

D.4 EDAD:

D.3 PROVINCIA: