Formulario de resultados
1.0 (11/19/2009)

www.palladianhealth.com/members

Palladian

Para cada una de las siguientes 12 preguntas, marque con una "X" la casilla que mejor describa su respuesta.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En general, ¿diría que su salud es: | Excelente ☐ | Muy buena ☐ | Buena ☐ | Pasable ☐ | Mala ☐ |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico.
¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

| | | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita en absoluto |
|---|---|---|---|---|
| 2 | Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf o trabajar en el jardín | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | Subir varios pisos por la escalera | ☐ | ☐ | ☐ |

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

| | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 | Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Durante la última semana, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

| | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Durante la última semana, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? | Nada en absoluto ☐ | Un poco ☐ | Mediana mente ☐ | Bastante ☐ | Extremad a mente ☐ |

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.
¿Cuánto tiempo durante la última semana…

| | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 | ha tenido mucha energía? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 | se ha sentido desanimado/a y deprimido/a? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Durante la última semana, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? | Siempre ☐ | Casi siempre ☐ | Algunas veces ☐ | Casi nunca ☐ | Nunca ☐ |

Indique con una "X" la casilla que mejor describa la gravedad de su problema principal para cada punto horario.

| | Momento | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Justo ahora | No grave | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Lo peor posible |
| 14 | En promedio | No grave | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Lo peor posible |
| 15 | En su mejor momento | No grave | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Lo peor posible |
| 16 | En su peor momento | No grave | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Lo peor posible |

Complete la siguiente sección en inglés únicamente:

Plan del seguro
Nº de identificación
Fecha

Apellido
Nombre
Fec. Nac.