

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Instrucciones para marcar

- Use lapiz numero 2 solamente
- No use lapiceros de tinta
- Haga marcas que llenen los circulos completamente
- Borre bien si necesita hacer algun cambio
- No marque nada fuera de los circulos

MARCAS INCORRECTAS



MARCA CORRECTA



No. Ident.				
	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
	5	5	5	5
	6	6	6	6
	7	7	7	7
	8	8	8	8
	9	9	9	9

No. Visita	
	0 0
	1 1
	2 2
3	3 3
	4 4
	5 5
	6 6
	7 7
	8 8
	9 9

Fecha		
Mes	Día	Año
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0 0	00
<input type="radio"/> Abr	1 1	01
<input type="radio"/> May	2 2	02 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Jun	3 3	03 <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Jul	4	04
<input type="radio"/> Ago	5	05
<input type="radio"/> Sep	6	06
<input type="radio"/> Oct	7	07
<input type="radio"/> Nov	8	08
<input type="radio"/> Dic	9	09

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:
(marque solamente una respuesta)

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Pasable
- Mala

2. *Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?*
(marque solamente una respuesta)

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual ahora que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

Por favor, no escriba en esta área.



SERIAL #

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. **¿Lo limita su estado de salud actual** para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(marque una respuesta en cada línea)

	Sí, me limita <u>mucho</u>	Sí, me limita <u>un poco</u>	No, no me limita <u>en absoluto</u>
3. Actividades vigorosas , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Actividades moderadas , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Levantar o cargar las compras del mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Subir <u>un</u> piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Doblarse, arrodillarse o agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Caminar <u>más de una milla</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Caminar <u>varias cuadras</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Caminar <u>una cuadra</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bañarse o vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**?

(marque una respuesta en cada línea)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
13. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Ha logrado</u> hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades que puede hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ha tenido <u>dificultades</u> en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (coma sentirse deprimido o ansioso)?

(marque una respuesta en cada línea)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
17. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. <u>Ha logrado</u> hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado</u> de lo usual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
(marque solamente una respuesta)
- Nada en absoluto
 Ligeramente
 De vez en cuando
 Bastante
 Extremadamente

21. ¿Cuánto dolor **físico** ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?
(marque solamente una respuesta)
- Ningún dolor
 Muy poco
 Poco
 Moderado
 Severo
 Muy severo

22. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
(marque solamente una respuesta)
- Nada en absoluto
 Un poco
 De vez en cuando
 Bastante
 Extremadamente

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

(marque una respuesta en cada línea)

	<u>Siempre</u>	<u>Casi siempre</u>	<u>Muchas veces</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Casi nunca</u>	<u>Nunca</u>
23. se ha sentido lleno de vida?	<input type="radio"/>					
24. se ha sentido muy nervioso?	<input type="radio"/>					
25. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?	<input type="radio"/>					
26. se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="radio"/>					
27. ha tenido mucha energía?	<input type="radio"/>					
28. se ha sentido desanimado y triste?	<input type="radio"/>					
29. se ha sentido agotado?	<input type="radio"/>					
30. se ha sentido feliz?	<input type="radio"/>					
31. se ha sentido cansado?	<input type="radio"/>					

CONTINÚA EN LA PÁGINA 4

