

Salud general

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

		Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
Global01	En general, diría que su salud es	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global02	En general, diría que su calidad de vida es	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global03	En general, ¿cómo calificaría su salud física?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global04	En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global05	En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global09	En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.).....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
		Completa-mente	En su mayoría	Moderada-mente	Un poco	Para nada
Global06	¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

En los últimos 7 días...

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre						
Global10	¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ninguno</th> <th>Leve</th> <th>Moderado</th> <th>Intenso</th> <th>Muy intenso</th> </tr> </thead> </table>					Ninguno	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso	
Ninguno	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso								
Global08	En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5						
Global07	En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	<input type="checkbox"/> 0 Ningún dolor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10 El peor dolor imaginable