

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	
<input type="radio"/> Abr	1 1	
<input type="radio"/> May	2 2	00
<input type="radio"/> Jun	3 3	01
<input type="radio"/> Jul	4	02
<input type="radio"/> Ago	5	
<input type="radio"/> Sep	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Dic	9	

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 mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
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)

	Sí	No
13. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ha <u>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)

	Sí	No
17. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ha <u>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)

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

CONTINUED ON PAGE 4

