

ANTECEDENTES E HISTORIA MEDICA

Cuál es su peso y altura actual?

Pies Pulgadas Libras

Altura: Peso:

A los 30 años, ¿cuánto medía y pesaba usted aproximadamente?

Altura: Peso:

Estado Civil Soltero Divorciado Viudo Casado después de divorciado
 (marque uno) Casado Separado Convive Casado después de muerte de esposo/a

¿Fuma actualmente? Nunca Ahora En el pasado ¿Cuántos años? ¿Cuántos paquetes por día?

Debido a su estado de salud, cuán frecuentemente necesita ayuda de otra persona?
 Nunca Pocas veces Algunas veces La mayor parte del tiempo Todo el tiempo

Quién/Quiénes es/son las persona/s que lo/a ayudan? Nadie Hijo/a Padres Nietos Enfermera a domicilio Vecinos
 Esposo/a/Pareja Amigos Otros parientes Voluntario/a Ayuda Profesional Otros

Bebe usted bebidas alcohólicas? Nunca Ocasionalmente Regularmente

Cuánto bebe un día común? Si usted no bebe, ponga 0 en las casillas correspondientes.

Cerveza: 1 medida = 1 lata o botella de 355 ml
 Vino: 1 medida = 1 vaso de 178 ml aproximadamente
 Licor Fuerte: 1 Medida = de unos 60 ml aproximadamente aproximadamente

LOS PROBLEMAS ACTUALES DE LA SALUD

Ponga por favor una X en la primera columna si usted tiene éste problema ahora. Si usted ha tenido el problema en el pasado, ponga una X en la segunda columna.

Enfermedad	He tenido esto en los últimos 6 meses	Tuve este problema en el pasado	Enfermedad	He tenido esto en los últimos 6 meses	Tuve este problema en el pasado
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra condición Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis/accidente cerebrovascular/derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema Hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera Gástrica o de Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Alcohol y Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura de Columna Cadera o pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Ovario Útero (mujer) o Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO PARA MUJERES: HISTORIA PERSONAL

1. Está usted embarazada? Sí No
2. ¿Cuántos años tenía usted cuando le empezó su regla (menstruación)? Edad en años
3. ¿Cuántos años tenía usted cuando le paró su regla (menstruación)? Edad en años
4. ¿Sigue usted teniendo su regla? Sí No
5. Nos interesa conocer los efectos de la artritis en la función reproductora. Si ha estado embarazada y está de acuerdo en recibir un cuestionario sobre la artritis y los efectos en la función reproductora, por favor marque este cuadrado.



PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y DIAGNOSTICOS

**¿Cuántas visitas a doctores u otros profesionales de salud hizo entre Julio 1 y Diciembre 31 de 2008.
(No incluya visitas mientras que estuvo en el hospital).**

	1-2	3-4	5-6	7-8	>8		1-2	3-4	5-6	7-8	> 8
Reumatólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta o Terapista Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico general o médico de familia (internista/enfermera o asistentes médicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros médicos (dermatólogos cirujanos, urólogos, cardiólogos, podiatra, traumatólogo o cirujano ortopédico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterólogo(Especialista de Estómago o Intestinos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Quiropráctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros trabajadores de la salud (psicólogos, trabajadores sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Desde el Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, cuántas veces visitó a alguno de los siguientes: masajista, acupunturista, homeópata, o herboristería (remedios a base de hierbas)?

0 1-4 5-8 9-12 13-16 17-20 21 o Más

Cuántas veces se le realizó todo lo que sigue entre Julio 1 y Diciembre 31 de 2008. No incluya aquello que le realizaron mientras estuvo internado.

	1	2	3	4	> 4		1	2	3	4	> 4
Radiografía de mano, muñeca, pie o tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pruebas Cardíacas de Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografía de hombro, cadera, o rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros exámenes Cardiovasculares o de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografía de cuello, espalda, torax o de abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografías Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estudios Pulmonares (Por ej.: espirometrías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética Nuclear (por ejemplo, de hueso, hígado, pulmones, corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Densitometría Osea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografía Computada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estudios para evaluar su calidad de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoscopías Digestivas, Gastroscopías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estudios Sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatación Esofágica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estudios de Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonoscopías o Sigmoidoscopías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imágenes por Resonancia Magnética (IRM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CONDICIONES MEDICAS E HISTORIA MEDICA

¿Entre Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, le diagnosticaron cáncer o alguna enfermedad maligna? Sí No

Por favor, indíquenos en las líneas de abajo todos los tipos de Cáncer que le hayan diagnosticado durante los meses de Julio a Diciembre del corriente año. Por ejemplo: leucemia, linfoma, cáncer de pulmón, cáncer de piel, cáncer de mama, etc.

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a problemas médicos específicos. Responda SI, si usted ha tenido alguno de los siguientes problemas durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008:

Durante **Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**, ¿ha tenido o fué tratado por alguna de las siguientes condiciones médicas?

Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parálisis o Accidente Cerebro-Vascular/Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataque Cardíaco/Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección por Herpes Zoster	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presion Arterial Elevada/Hipertension	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras bucales (Herpes Simple)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas Hepaticos o de Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Virus papiloma humano (Verrugas genitales)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Función limitada de los riñones o creatinina alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Hipertensión pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, fué tratada/o por Esclerosis Múltiple? Sí No

¿Si usted ha tenido Esclerosis Multiple **desde antes del año 2008**, éste problema mejoró, empeoró o estuvo igual?
 Mejoró Empeoró Estuvo igual

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, le diagnosticaron Lupus o fue tratada/o por su Lupus o alguna otra condición llamada enfermedad autoinmune? Esto no incluye artritis reumatoide. Sí No

Si respondió Sí, cuál fué el diagnostico? : _____

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008:

¿Se le diagnosticó por vez primera Tuberculosis? Sí No

¿Le realizaron en el año pasado Pruebas Cutáneas para conocer si usted tiene Tuberculosis? Sí No
(Por ejemplo, mantoux o algo que su médico haya mencionado cómo PPD.)

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 Tuvo Ud. soriasis? Sí No

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, ¿Le dijo su Médico que haya usted tenido o que tenga una úlcera en el estómago o duodeno? Sí No

Si respondió Sí, qué estudios le realizaron para diagnosticarle su úlcera (por favor indique todo lo que corresponda)

Radiografías Endoscopías Por los síntomas que usted tuvo

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 le dijo su médico que tenía heliobacter pylori o H. Pylori, una bacteria estomacal? Sí No

¿Toma Ud. actualmente aspirina o aspirina para niños todos los días para su corazón? Sí No



OTROS PROBLEMAS DE SALUD

¿Entre **Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**, le dijo su **Médico**:

que tenía una embolia pulmonar o un coágulo de sangre en sus pulmones? Sí No

que tenía otro tipo de coágulo de sangre o trombosis profunda de las venas? Sí No

que ha tenido usted Pleuresia/derrame pleural? Sí No

que ha tenido usted Fibrosis Pulmonar? Sí No

¿En este momento, ha tenido alguna vez una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de alta resolución de los pulmones? Sí No

Por favor contestar si usted tiene cualesquiera de los problemas siguientes del pulmón.

Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INFECTIONS

¿Ha tenido usted infecciones desde **Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**, contando gripes o resfriados? Sí No

Tipo de infección, por favor coloque una X en el casillero de acuerdo al tipo de infección que usted haya tenido durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 y luego especifique el número de infecciones y si fué Hospitalizada/o/Internada/o	Número de infecciones que ha tenido durante éste tiempo	¿Ha recibido una inyección de antibióticos fuera del hospital para una infección sanguínea?	Número de Internaciones que ha tenido durante éste tiempo <i>(Por favor asegúrese de marcar cualquier hospitalización que tuvo en Página 6)</i>
<input type="checkbox"/> Septicemia (sepsis, infección sanguínea)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Neumonía, coccidiomycosis u otra infección pulmonar (no resfriados)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Infección por citomegalovirus, histoplasmosis, listeriosis, blastomicosis o una infección por hongos en pulmón	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Infecciones de piel (úlceras de piel infectada, celulitis, nodulos infectados)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Infección urinaria/de riñones o de vejiga	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Infección ósea o articular (osteomielitis, artritis séptica, infección en una prótesis)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Resfriados o Enfermedad del tracto respiratorio superior	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
<input type="checkbox"/> Otra infección, por favor especifique o precise _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3

¿Si fue hospitalizado/a entre **el 1ero de Julio 2008 y el 31 de Diciembre 2008**, contrajo Ud. una infección durante su estancia en el hospital o durante los 30 días siguientes a su hospitalización? Sí No



HOSPITALIZACIONES

Por favor no deje de completar esta página

Permaneció usted en el Hospital de la noche a la mañana por algún motivo durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008? Si su respuesta es SI, por favor especifique abajo. **Si** **No**

Razón o Motivo de la Hospitalización	Nombre del Hospital, Ciudad, Provincia	Mes de Admisión	Número de noches en el Hospital	Tipo de Estadía o Visita
1) _____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-13 <input type="checkbox"/> 14 o más	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>
2) _____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-13 <input type="checkbox"/> 14 o más	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>
3) _____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-13 <input type="checkbox"/> 14 o más	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>
4) _____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-13 <input type="checkbox"/> 14 o más	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, ha visitado la Sala de Urgencias del Hospital u otro Centro Médico (Clínica o Sanatorio Privado)? **Si** **No**

¿Cuántas visitas ha visitado a la sala de Urgencias? 1 2 3 4 5 o más

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, fué usted paciente de un hogar de convalecencia o de un centro de rehabilitación? **Si** **No**

Cuántos días permaneció en alguno de éstos centros? 1-7 8-14 15-21 22-28 Más de 29 días

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, ha tenido usted algún tipo de procedimiento como una cirugía ambulatoria, endoscopia, gastroscopia o biopsia? **Si** **No**

Operación/Otro Procedimiento	Nombre y Apellido del Medico que la/lo operó	Hospital/Ciudad	Mes de la Cirugía	Tipo de Visita
1) _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>
2) _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>
3) _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Médica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

Puede Usted:	Sin Dificultad	Con Algo De Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
¿Vestirse sólo/a incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantarse de una silla sin ayudarse con las brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entrar y salir de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir un cartón de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Subir 5 (cinco) escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

- Bastón
 Muletas
 Andador
 Silla de ruedas
 Cubiertos especiales o adaptados
 Silla especial adaptada
 Elementos que usa para vestirse (abrochador de botones, tomas para cierres, calzador de zapatos)
 Otros (Aclarar)

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA LA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)

Vestirse y Arreglarse
 Levantarse
 Comer
 Caminar

¿Cuánto dolor ha tenido por su enfermedad en la última semana? Por favor marque con una "X" en un casillero para indicar cuánto dolor ha tenido.

Ningún Dolor o Sin Dolor	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	100	El peor dolor que pueda haber o dolor muy fuerte
--------------------------	----------	--	------------	--

¿Ha tenido algún problema en su estómago la semana pasada? (Por ejemplo: náusea, acidez, dolor, etc.)

Por favor ponga una "X" en un casillero para indicar cómo se siente por su problema de estómago.

Ningún Problema de Estómago	0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	100	El Problema de Estómago es muy serio
-----------------------------	----------	--	------------	--------------------------------------

Cuánta dificultad tiene para hacer lo siguiente?	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
1) Capacidad o habilidad para oír y entender lo que otros dicen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Capacidad o habilidad para ver y reconocer las personas desde lejos y/o leer un periodico/diario/revistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Capacidad o habilidad para resolver los problemas cotidianos(de todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

Puede Usted:

	Sin Dificultad	Con Algo De Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
¿Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bañarse en la bañera/bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alcanzar y bajar un objeto de 2 Kilos Como 2 bolsas de azúcar desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir frascos, no por primera vez sino que ya hayan sido abiertos previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir y cerrar las grifos/canillas del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar (abrir objetos) (hacer tareas domesticas) Si no utiliza ninguno simplemente NO marque nada.

- Barra en la bañera/bañera
 Asiento elevado de inodoro
 Abridor de frascos
 Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos
 Adaptaciones con mango largo en el baño
 Otros(aclarar) _____

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)

- Higiene
 Alcanzar objetos
 Agarrar y abrir cosas
 Mandados y tareas domésticas

¿Es el cansancio o agotamiento un problema importante en su vida?

Ponga una "X" en un casillero de abajo para indicar cuán importante es su fatiga.

No es un problema
0
100
Es un problema muy importante

En este momento, ¿Puede usted.....

	Sin ninguna Dificultad	Con alguna Dificultad	Con mucha Dificultad	No puedo Hacerlo
Subir rápidamente las escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mover objetos pesados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostener objetos pesados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar de pie en una fila durante 15 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor coloque una X en cada una de las siguientes preguntas de abajo que mejor describa su estado de salud hoy día.

- Puedo caminar sin problemas
 Tengo algunos problemas para caminar
 Estoy confinada/o a mi cama

- No tengo problemas con mi propio cuidado personal
 Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme
 No puedo bañarme o vestirme por mi mismo

- No tengo inconvenientes para realizar mis actividades habituales
 Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales
 No puedo realizar mis actividades habituales

- No tengo dolor
 Mi dolor es moderado
 Mi dolor es muy severo

- No me siento ansiosa/o ni deprimida/o
 Me siento moderadamente/medianamente ansiosa/o o deprimida/o
 Me siento extremadamente ansiosa/o o deprimida/o



CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD

En general, usted diría que su salud es: Excelente Buena Regular Mala o Pobre

Considerando todas las formas en que la enfermedad lo/a afecta, como diría que se siente? Por favor coloque una X en la línea de abajo que mejor describa su estado o cómo se siente en una escala de 0 a 100.

Me siento muy bien **0** **100** Me siento muy mal

¿Con qué frecuencia ha tenido dificultades para dormir durante la última semana? Por favor coloque una X en la línea de abajo para describir cuán importante ha sido su problema para dormir o descansar durante la noche?

Ningún problema para dormir **0** **100** Mucha dificultad para dormir

¿Cuán satisfecho se siente con su estado actual de salud?

¡Muy Satisfecha/o ¡Algo Satisfecha/o ¡No me siento satisfecha/o ni Insatisfecha/o
 ¡Algo Insatisfecha/o ¡Muy insatisfecha/o

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008:

¿Ha notado hinchazón (edema) de alguna parte de su cuerpo que no sea por su artritis? Sí No
¿Le dijo su médico que haya tenido sangre o proteínas en la orina? Sí No
¿Está al tanto de algún aumento en su presión arterial? Sí No
¿Tuvo problemas para controlar su presión arterial? Sí No

Qué tipo de médico le trata mayormente los siguientes problemas:

Artritis o Problema reumático

Artritis o Problema reumático Seleccione aquí Médico de familia o Médico de cabecera o Internista
 Reumatólogo Ortopédico Otro Especialista Ninguno

Problema médico general

Artritis o Problema reumático Seleccione aquí Médico de familia o Médico de cabecera o Internista
 Reumatólogo Ortopédico Otro Especialista Ninguno

Osteoporosis

Artritis o Problema reumático Seleccione aquí Médico de familia o Médico de cabecera o Internista
 Reumatólogo Ortopédico Otro Especialista Ninguno

¿Se le diagnosticó alguna vez por un MÉDICO un problema del ojo, a causa de la artritis reumatoide? Alguna Vez

¿Era el problema ojos secos? Sí No Ahora Nunca

¿Era el problema un otro problema de los ojos? Sí No

¿Un MÉDICO le dijo alguna vez que usted tenía vasculitis? Alguna Vez Ahora Nunca

¿A qué parte de su cuerpo afectó la vasculitis?

Piernas Pies Dedos de pies Brazos Dedos Fingers

¿Ha tenido usted alguna vez una úlcera de la pierna desde el área centro de su pierna hasta los dedos del pie? Sí No

Antes de Julio 1 de 2008, tuvo o ha tenido un efecto secundario a:

¿Una medicación que usted tomó por la artritis? Sí No

¿Otra medicación no por la artritis o el dolor? Sí No



SÍNTOMAS

Al levantarse por la mañana, ¿se siente rígido ó entumecido o entumido?

- No tengo rigidez Dura menos de 30 minutos 30 min-1 hora 1-2 horas
 2-4 horas 4-8 horas Dura más de 8 horas

Durante los últimos 6 meses ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Si no tuvo ningún síntoma, por favor coloque una X aquí:

SÍNTOMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

- Hinchazón de manos, piernas, pies o tobillos no debidos a su artritis
 Dolor articular
 Adormecimiento/Hormigueos/Sensación de Quemazón
 Hinchazón o tumefacción articular
 Dolor de Espalda
 Dolores musculares
 Debilidad Muscular
 Dolor de Cuello

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

- Pérdida de Apetito
 Nausea Vómitos
 Ardor en el estómago
 Indigestión
 Dolor en estómago
 Problemas Hepáticos
 Dolor o calambres en el abdomen (colon)
 Diarrea (frecuente, acuosa, explosiva,severa)
 Constipación
 Materia fecal oscura cómo alquitrán (no por hierro si lo toma)
 Síndrome de Intestino Irritable

PIEL

- Piel amarilla o conjuntivas amarillas (ictericia)
 Moretones con facilidad
 Urticaria (Ronchas)
 Caída de Cabello
 Prurito (Picazón)
 Cambios de color en la piel de sus dedos (Rojo,Blanco o Azul) cuando se expone al frío o por sus emociones
 Erupción
 Ampollas
 Sensibilidad al Sol (Acaso su piel muestra una reaccion inusual después de haberse expuesto al sol y no quemado?)

CABEZA-OJOS-NARIZ, GARGANTA Y OÍDOS

- Ojos Secos
 Visión Borrosa o problemas para enfocar su visión
 Ruidos en sus oídos
 Dificultad para oír
 Ulceras en la boca o dolor en su boca
 Boca Seca
 Pérdida, cambio en el gusto
 Dolores de Cabeza
 Mareos
 Desmayos
 Fiebre

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS

- Dificultad para pensar o recordar cosas
 Depresión
 Insomnio
 Nerviosismo
 Convulsiones o Epilepsia
 Cansancio (Fatiga)

SÍNTOMAS PULMONARES-TORÁCICOS

- Silbidos en el pecho (Asma)
 Dolor de Pecho
 Falta de Aire

PROBLEMAS EN ORINA Y RIÑONES

- Proteínas en su orina
 Sangre en su orina
 Otros problemas renales

PROBLEMAS EN LA SANGRE

- Bajo recuento de Glóbulos Blancos
 Bajo Recuento de Plaquetas
 Anemia

59583



Dolor en Articulaciones y otras áreas de su cuerpo

Por favor indique cuánto dolor ha tenido durante los **ULTIMOS 7 DÍAS** en cada una de las articulaciones o parte de su cuerpo que se describen abajo. Por favor, coloque una X en el casillero que mejor describa la intensidad de su dolor. No olvide indicar si le duele en su lado derecho o izquierdo separadamente o simultáneamente en ambos lados.

Si no ha tenido dolor en ninguna articulación o parte de su cuerpo por favor indique la respuesta correspondiente cómo "NINGÚN DOLOR". Debería haber una respuesta para cada articulación o parte del cuerpo que se describe abajo.

Articulaciones u otras áreas de su cuerpo	Ningún Dolor	Dolor Leve	Dolor Moderado	Dolor Severo	Otras áreas de su cuerpo	Ningún Dolor	Dolor Leve	Dolor Moderado	Dolor Severo
Hombro Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulación Mandibular Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hombro Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Articulación Mandibular Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Columna Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dolor Columna Dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñeca Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Cervical o de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñeca Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Brazo Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudillos de Manos Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudillos de Manos Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antebrazo Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudillos de dedos Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Antebrazo Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudillos de dedos Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muslo Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muslo Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pierna Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedos de pies Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Talón Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedos de pies Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talón Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arco de Pie Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arco de Pie Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arco de Pie Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arco de Pie Der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted Nódulos por su Artritis Reumatoide (Es decir, bultitos, bolitas, o pelotitas en los codos causados por su Artritis)? SÍ No NO SÉ

En general, ¿Qué tan activa considera usted estuvo su Artritis o Fibromialgia desde el **Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**? Por favor, coloque una X en la línea de abajo para indicar la actividad de su enfermedad en una escala de 0-100.

SIN ACTIVIDAD **0** **100** EXTREMADAMENTE ACTIVA

¿Qué tan activa considera usted estuvo o está el día de hoy su Artritis o Fibromialgia en términos de dolor a la presión e hinchazón? Por favor, coloque una X en la línea de abajo para indicar la actividad de la enfermedad en términos de dolor a la presión e hinchazón en una escala de 0-100.

SIN ACTIVIDAD **0** **100** EXTREMADAMENTE ACTIVA

59583



REEMPLAZO ARTICULAR TOTAL

Ha tenido usted alguna vez un reemplazo articular total de Cadera/Rodilla u Hombro? Sí No

Si respondió SI, en qué año fué su primera cirugía?

--	--	--	--

Cuál es el número total de cirugías de reemplazo articular que ha tenido? (Por favor marque con una X todo lo que se aplique en usted)

Cadera 0 1 2 3 4 Más de 4 **Hombro** 0 1 2 3 4 Más de 4
Rodilla 0 1 2 3 4 Más de 4 **Otra** 0 1 2 3 4 Más de 4

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 ha tenido usted un reemplazo Articular Total? Sí No

Por favor selecciones todas la respuestas que considere apropiadas.

Cadera Rodilla Hombro Otra Ninguna

¿Entre **Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**, a un médico le diagnosticó con una fractura? Sí No

Indicar todos los huesos que usted fracturó **entre Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**.

Dedos Tobillo Cuello Pies Mano Pierna baja Dedos del pie
 Muñeca Cadera Costilla Espalda baja Brazo superior Rótula Pierna superior
 Antebrazo Espalda superior Codo Hombro Brazo bajo Pelvis Cabeza

Si no ha tenido fracturas en los últimos 6 meses, tuvo fracturas en los últimos 5 años? Si No

Por favor contestar a lo siguiente **SI O NO usted** tiene un problema del pulmón.

Me quedo sin aliento SOLAMENTE con ejercicio vigoroso.

Si No

Me quedo sin aliento al apresurarme en terreno plano o al subir una colina pequeña.

Si No

Camino más lento que la gente de la misma edad en terreno plano porque me quedo sin aliento, o tengo que dejar de caminar para respirar en mi propio paso en terreno plano.

Si No

Dejo de caminar para respirar después de caminar 100 metros/yardas o después de algunos minutos en terreno plano.

Si No

Me falta el aliento para salir de la casa.

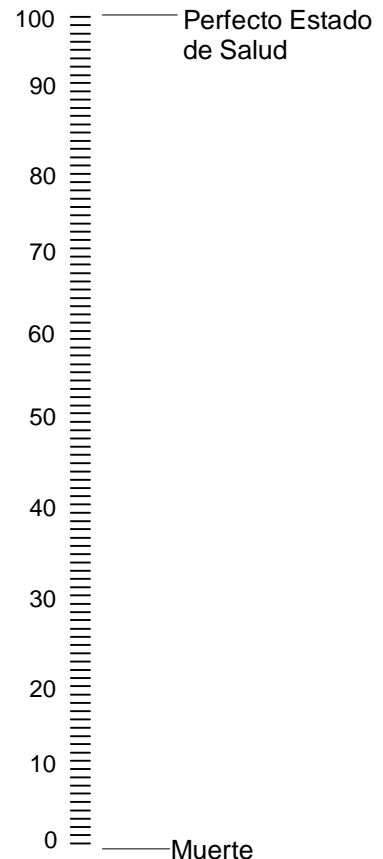
Si No

Termómetro de Salud

Para ayudar a la gente a decir cuán bien o mal está su estado de salud se dibujó una escala como la de un termómetro en el cual el mejor estado de salud (perfecto) que usted pueda imaginar se marca en el número 100 y el peor estado (Muerte) en el número 0.

Le gustaría por favor indicar sobre la escala siguiente de acuerdo a lo que piensa cuán bien o mal está su estado de salud HOY.

Por favor marque una línea en un punto del termómetro que mejor represente cuán bien o mal está su estado de salud, considere todos los aspectos de su salud y no sólo los problemas relacionados con sus músculos o articulaciones.



OCUPACION E INGRESOS ECONOMICOS

1. ¿Cuál es su ocupación? _____
 2. Durante toda su vida laboral, ¿cuál fué su principal ocupación? _____
 3. Actualmente, ¿cuál es su principal trabajo? Marque con una X Trabajo remunerado o pago Trabaja en su casa Estudiante lo que corresponda (Puede marcar más de una respuesta) Jubilado Sin trabajo Discapacitado
 4. ¿Estaba usted realizando un trabajo remunerado en el momento en que comenzó su artritis o dolor por primera vez? Sí No
 5. ¿Se jubiló usted tempranamente o dejó de trabajar debido a su artritis o a sus problemas músculo-esqueléticos? Sí No
 6. Dejó de trabajar permanentemente o se jubiló precozmente o temprano por otra enfermedad? Sí No
-
- Si es si #5 o #6, en qué año?**
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|
7. Preguntas sobre su salario en el año pasado (Enero 2008 a Diciembre 2008) de todos sus trabajos, sin contar impuestos.

<input type="checkbox"/> Under \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 - 19,999	<input type="checkbox"/> \$20,000 - 29,999	<input type="checkbox"/> \$30,000 - 39,999	<input type="checkbox"/> \$40,000 - 49,999
<input type="checkbox"/> \$50,000 - 59,999	<input type="checkbox"/> \$60,000 - 69,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 - 79,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 - 89,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 - 99,999
<input type="checkbox"/> \$100,000 or more				
 8. ¿Cuántas personas conviven con Usted en su casa? 1 2 3 4 5 Más de 5

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus actividades diarias. Las actividades diarias pueden ser su trabajo remunerado o no, el cuidado de uno mismo, el mantenimiento de la casa o su recreación.

9. Por favor responda las siguientes preguntas esté o no trabajando:

Durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, ¿Cuántos días ha suspendido o limitado (redujo) sus actividades diarias (incluyendo su trabajo en el hogar o en su casa o escuela, si asiste a la misma)?

 (días)

Durante los últimos 30 días (o durante el último mes):

 (0-30 días)

¿Cuántos días la enfermedad afectó su trabajo diario?

¿Pudo realizar sus actividades diarias completamente?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Algunas veces Rara vez En ningún momento
10. Por favor responda la siguiente pregunta **SÓLO SI NO TRABAJA:**

¿Cuántos días durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 estuvo usted completamente imposibilitado de llevar a cabo sus actividades diarias debido a su enfermedad?

 (días)
11. Por favor responda las siguientes preguntas **SÓLO SI SE ENCUENTRA TRABAJANDO:**

¿Cuántos días durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 no pudo trabajar debido a su estado de salud?

 (días)

Dejó usted de trabajar durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 debido a su estado de salud? Sí No

Redujo/disminuyó o limito sus horas de trabajo durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 debido a su estado de salud? Sí No

Cambió usted de trabajo o de lugar de trabajo durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008 debido a su estado de salud? Sí No

12. Durante toda su vida ha recibido alguna vez pagos por discapacidad a través de a través del Gobierno Provincial o Nacional? Sí No

Si su respuesta es SI, cuál fué el primer año que recibió esos pagos?

Se debió a su Artritis? Sí No

13. ¿Recibió algún tipo de ayuda económica durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008? Sí No

Si contestó SI, por favor responda la sección correspondiente

Origen de la ayuda económica por su discapacidad	Por otra razón	Debido a la artritis?
Discapacidad permanente de su empleador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pagos por discapacidad del Gobierno Provincial o Nacional u otra fuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



1. Actualmente o corrientemente realiza alguna forma de trabajo pago? Si No
2. Algunas personas trabajan en un negocio que pertenece a la familia pero no reciben un salario o sueldo por ello? Trabaja usted al menos 15 horas o más por semana en un trabajo o negocio familiar? Si No
3. ¿Cuántas semanas durante un año calendario trabajó usted en sus ocupaciones habituales durante los últimos 6 meses? (Desde Julio a Diciembre). Por favor incluya las vacaciones pagas como semanas de trabajo. (26 semanas tiene un año).
 Semanas trabajadas.
4. ¿Cuántas horas por semana trabajó usualmente en sus empleos en los últimos 6 meses. (Julio a Diciembre).
 Horas por Semana
- Si no recuerda las horas que trabajó por semana, por favor indique el número de **Horas** por mes horas por mes que haya trabajado.
5. Cuánto ganó usted en todos sus trabajos en el último año (**desde Julio 1 y Diciembre 31 de 2008**) antes de que pagara sus impuestos o le aplicasen descuentos?
 Under \$10,000 \$10,000 - 19,999 \$20,000 - 29,999 \$30,000 - 39,999 \$40,000 - 49,999
 \$50,000 - 59,999 \$60,000 - 69,999 \$70,000 - 79,999 \$80,000 - 89,999 \$90,000 - 99,999
 \$100,000 or more

Las medicinas biológicas: Lugar de la Inyección y Reacciones a las Infusiones

¿Durante los últimos 6 meses, recibió una inyección de cortisona en una articulación? Si No

¿Si es así, cuantas inyecciones en los últimos 6 meses? 1 2 3 4 or more

Si usted tomó biológico (Remicade, Orencia, Rituxan, Humira, Enbrel o Kineret) en los últimos 6 meses contesta por favor las preguntas siguientes:

During the last 6 months por favor indicar si ha tenido una reacción a Humira, Enbrel or Kineret?

- No Enrojecimiento leve y/o dolor leve Enrojecimiento moderado y/o dolor moderado
 Enrojecimiento intenso y/o dolor muy fuerte Reacción severa inmediata necesitando atención médica

¿Cuál medicamento le dió la reacción mencionada anteriormente? Humira Enbrel Kineret

¿Durante los últimos 6 meses, tuvo una reacción a una infusión (durante o inmediatamente después) de Remicade, Orencia o Rituxan?

- Ninguno Molestia en el lugar de la infusión Cambios en la presión sanguínea, sentirse mal, escalofríos, sentirse débil
 Síntomas graves necesitando atención médica, tal como bajada intensa de la presión sanguínea, dificultades con la respiración o reacción alérgica grave.

¿Cuál medicamento le dió la reacción mencionada anteriormente? Remicade Orencia Rituxan

Tienes siempre:

- Tuvo una inmunización para la pulmonía (pneumovac)? Si No
 Por favor indicar si ha recibido una inmunización contra la pulmonía durante este año pasado. Si No
 Por favor indicar si ha recibido una inmunización contra la pulmonía durante los últimos 5 años. Si No

¿Recibió una inmunización contra la gripe en 2008? Si No

¿Recibió una inmunización contra el herpes zóster (culebrilla) en 2008? Si No



INFORMACION SOBRE COSTOS DE LOS MEDICAMENTOS O MEDICINAS

1. SEGURO DE SALUD (marcar con una X lo que corresponda)

- Ninguna Medicaid Medicare Medicare y Organizacion para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 No estoy segura/o/No lo sé Seguro Médico Privado (por ejemplo: Blue Cross, Aetna etc.)
 Organizacion para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Discapacidad de Medicare PPO

2. Actualmente, ¿qué promedio paga por una visita médica? \$ _____ No sé

3. **Entre el 1 de Julio y el 30 de Diciembre de 2008**, aproximadamente, ¿cuánto gastó de su bolsillo solamente en sus medicamentos? \$ _____ No sé

4. ¿Si está tomando un medicamento biológico (Enbrel, Remicade, Anakinra, Humira, Orencis, o Rituxan), cuánto pagó de su propio bolsillo en los **últimos 6 meses**?

\$ _____ OR No sé OR No aplicable

5. ¿**Entre el 1 de Julio y el 30 de Diciembre de 2008** aproximadamente cuántos fueron sus gastos médicos (esto incluye gastos en medicamentos, visitas médicas, rayos X, exámenes de laboratorio, ingresos en el hospital y otros)? No incluye lo que ha pagado por seguro médico o costos reembolsados por el seguro.

\$ _____ No sé

6. Los costos de medicamentos, médicos u hospitales pueden o no ser pagados parcialmente o en su totalidad por su seguro. ¿Le causan un problema financiero sus facturas de medicamentos y médicos después de recibir todos los pagos de seguro?

- Ningún problema o Problema limitado: Puedo pagar las facturas sin mucho problema.
 Problema moderado: Pagar las facturas me quita dinero que necesito para otras actividades.
 Problema grande: No puedo comprar todos los medicamentos o recibir la atención médica que necesito.

7. Los costos médicos del seguro pueden ser pagados por usted o por su empleador.

¿Usted o un miembro de la familia paga todo o la parte de su seguro médico? Sí No

¿Si sí, cuánto de un problema paga su seguro médico?

- Ningún problema Problema menor Problema moderado Problema grande

Ensayos Clínicos

¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para un medicamento para la artritis (un ensayo clínico es un estudio donde los participantes reciben un medicamento de prueba para ver si funciona y si funciona bien)? Sí No No sé

¿Si su respuesta es afirmativa, cual era el nombre del medicamento para la artritis que estaban probando?



MEDICAMENTOS

Estamos muy interesados en conocer los medicamentos que ha tomando durante los últimos 6 meses desde el 1° de Julio al 31 de Diciembre del presente año. Éstos incluyen los medicamentos prescriptos por su médico y aquellos que tomó por un problema de salud o para prevenir otras enfermedades. Como ejemplo, citaremos los medicamentos que toma para su artritis y o aquellos que usa para aliviar su dolor o medicamentos estómago, para el corazón, presión arterial. Insulina, hormonas o medicamentos para el dolor de cabeza, resfríos, suplementos vitamínicos y medicamentos a base de hierbas y minerales. Ésto incluiría cosas como la GLUCOSAMINA O EL CONDROITÍN SULFATO. En otras palabras, ¡Todo!

Instrucciones médicas especiales relacionadas con inyecciones que recibe: Por favor incluya todos los medicamentos inyectables tales como Remicade, Humira, Enbrel, Kineret, Metotrexato, Corticoides, Oro Inyectable, Hyalgan, ProSORBA, Forteo, Insulina y bloqueos anestésicos.

1. Coloque la dosis que recibe en cada una de sus inyecciones (si la conoce) o la cantidad que le colocan en una inyección en el lugar que corresponde a dosis promedio de cada píldora o pastilla. Por ejemplo: para Metotrexato (Ervemín) usted puede escribir 0.6 cc (cantidad de su inyección) o 15 mg (la dosis que recibe en su inyección).

2. En el apartado sobre el número de pastillas o píldoras que recibe por día díganos con qué frecuencia recibe las inyecciones si las usa en forma regular. Por ejemplo:

- 2 veces por semana
- 3 veces por mes
- 1 vez cada 8 semanas
- 1 vez cada 4 meses

Escriba el número de inyecciones y la frecuencia con que las recibe.

- Incluya medicamentos o medicinas que toma para su artritis como: Arava, Celebrex, Deltisona, Cortypiren, Meticorten, Metotrexato (Ervemín), Ridaura o Inyecciones de Oro, Plaquenil, Evoquin o Metirel, Ibupirac o Ibuprofeno y Naprox o Naproxeno. **En el caso de Metotrexato incluya el número de pastillas usa por semana y no por día.**
- Algunos medicamentos pueden provocarle problemas de estómago, por favor díganos qué medicamentos o medicinas toma para su problema de estómago como por ejemplo: Zantac o Ranitidina, Prepsid, Mylanta, etc.
- Asegúrese de incluir medicinas que incluyan Aspirina y Acetaminofeno o Paracetamol (Tylenol), u otras medicinas que contengan Aspirina o Acetaminofeno o Paracetamol. Si menciona Aspirina por favor especifique de que tipo es: por ejemplo, aspirina común, en cápsula o con cubierta entérica.
- Son importantes también otros medicamentos para el dolor como Noliban, Klossidol, Codeína o Morfina y medicinas o medicamentos como Vitamina D, Calcio, Fluoruro, estrógenos y medicamentos para la osteoporosis.
- Las paginas 18,19 y 20 son para escribir los medicamentos que usa ya sea por boca o inyectables.
- Si usted tuvo algun efecto colateral o indeseable la medicina o medicamento (remedio) durante Julio 1 y Diciembre 31 de 2008, por favor asegúrese de responder y dar todos los detalles de esos efectos y el nombre de la droga que le causó los problemas en las páginas 22 y 23. Si dejó de tomar el medicamento díganos el por qué en página 21.

Por favor coloque una X en el CASILLERO que sigue si no tomó medicamentos durante Julio a Diciembre del presente año o DESDE SU ÚLTIMA VISITA?

Medicamentos que tomó desde su ÚLTIMA VISITA A NOSOTROS Y DURANTE Julio a Diciembre del presente año 2008

Nombre del Medicamento <i>*Por favor lea arriba las instrucciones especiales referidas a inyecciones</i> <u>Por favor escriba en Mavúscula</u>	Es éste una prescripción de su médico	Dosis promedio de cada píldora o pastilla? <i>Para inyecciones lea las instrucciones de arriba</i>	Promedio de días que lo tomó por mes	Número de Pastillas o Píldoras que toma por día <i>Para inyecciones lea las instrucciones de arriba</i>	Por favor consigne durante qué mes tomó las pastillas aún si fué sólo un día	Estuvo tomando aún las pastillas hasta el 31 de Diciembre de 2008.	Comenzó Ud. Ésta medicación entre Julio 1 y Diciembre 31 del corriente año	¿Tuvo algún efecto adverso por ésta medicina?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



MEDICAMENTOS- - JULIO 1- DICIEMBRE 31, 2008

Nombre del Medicamento <i>*Por favor lea arriba las instrucciones especiales referidas a inyecciones</i> Por favor escriba en Mayúscula	Es éste una prescripción de su médico	Dosis promedio de cada píldora o pastilla? Para inyecciones lea las instrucciones de arriba	Promedio de días que lo tomó por mes	Número de Pastillas o Píldoras que toma por día <i>Para inyecciones lea las instrucciones de arriba</i>	Por favor consigne durante qué mes tomó las pastillas aún si fué sólo un día	Estuvo tomando aún las pastillas hasta el 31 de Diciembre de 2008.	Comenzó Ud. Ésta medicación entre Julio 1 y Diciembre 31 del corriente año	¿Tuvo algún efecto adverso por ésta medicina?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



MEDICAMENTOS- - JULIO 1- DICIEMBRE 31, 2008

Nombre del Medicamento *Por favor lea arriba las instrucciones especiales referidas a inyecciones Por favor escriba en Mavúscula	Es éste una prescripción de su médico	Dosis promedio de cada píldora o pastilla? Para inyecciones lea las instrucciones de arriba	Promedio de días que lo tomó por mes	Número de Pastillas o Píldoras que toma por día Para inyecciones lea las instrucciones de arriba	Por favor consigne durante qué mes tomó las pastillas aún si fué sólo un día	Estuvo tomando aún las pastillas hasta el 31 de Diciembre de 2008.	Comenzó Ud. Ésta medicación entre Julio 1 y Diciembre 31 del corriente año	¿Tuvo algún efecto adverso por ésta medicina?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-31		<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Para cualquiera de los medicamentos que usted suspendió durante Julio 1 y Diciembre 31 del 2008, por favor provéanos la siguiente información adicional.

Nombre de los medicamentos que suspendió o interrumpió	Por qué lo suspendió? Marque con una X todo lo que Usted crea corresponde	En qué mes lo suspendió o interrumpió	Durante <u>Julio 1 y Diciembre 31</u> comenzó un nuevo medicamento para reemplazarlo?	Si responde Sí, qué nuevo Medicamento comenzó?	Estuvo tomando aún éste Medicamento hasta el 31 de Diciembre 2008
1.	<input type="checkbox"/> No funcionó <input type="checkbox"/> Efectos Adversos <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> No funcionó <input type="checkbox"/> Efectos Adversos <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> No funcionó <input type="checkbox"/> Efectos Adversos <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> No funcionó <input type="checkbox"/> Efectos Adversos <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> No funcionó <input type="checkbox"/> Efectos Adversos <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Dic	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Las medicinas biológicas, como Remicade, Enbrel, Humira, Orencia, Rituxan y Kineret, son una nueva clase de medicinas para el tratamiento de la artritis reumatoide. Si usted ha utilizado estas medicinas para la AR, quisiéramos aprender de su experiencia con ellas.

Por favor indique la medicina que tomó usted más recientemente.

- Remicade (Infliximab) Kineret (Anakinra) Enbrel (Etanercept) I have not used these medicines
 Humira (Adalimumab) Orencia (Abatacept) Rituxan (Rituximab)

Después de tomar esta medicación,

En general, era:

- Mucho mejor Algo mejor Más o menos igual Algo peor Mucho peor

Mi dolor era:

- Mucho mejor Algo mejor Más o menos igual Algo peor Mucho peor

Mi capacidad de funcionar era:

- Mucho mejor Algo mejor Más o menos igual Algo peor Mucho peor

Mi fatiga era:

- Mucho mejor Algo mejor Más o menos igual Algo peor Mucho peor



Efectos Colaterales que experimentó durante Julio 1 y Diciembre 31 del presente año 2008

Necesitamos información adicional acerca de cualquier efecto adverso que usted haya tenido y marcado en las páginas anteriores (En páginas 18-20). Abajo encontrará espacio para informarnos sobre los efectos colaterales de hasta cuatro drogas diferentes. Si necesita más espacio solicite a nuestra secretaria otra hoja.

Nombre del Medicamento que le causó el efecto colateral o no deseado: 1) _____

Dejó usted de tomar el medicamento por éste efecto colateral? Sí No

Debió usted cambiar la dosis del medicamento debido a éste efecto no deseado? Sí No

Qué efectos adversos experimentó. Por favor enumérelos y díganos cuáles fueron.

Qué tan severo o importante fué cada efecto adverso.

1. _____ Leve Moderado Severo

2. _____ Leve Moderado Severo

3. _____ Leve Moderado Severo

Debido a éste efecto colateral, usted tuvo que: (marque todo lo que corresponda) Tomar otro medicamento adicional Ir al Médico

¿Cuánto tiempo dejó de trabajar debido a éstos efectos colaterales?

No perdí ningún día 1 a 3 días 4 a 7 días 8 a 10 días 11 a 20 días 21 a 30 días Más de 30 días

¿Cuál fue el primer mes en que comenzó a experimentar los efectos colaterales de éste medicamento? Jul Ago Sep

¿Tiene aún usted algunos de éstos efectos colaterales? Sí No Oct Nov Dic

¿Cuánto tiempo duraron éstos efectos colaterales?

Menos de 1 Semana 1 a 3 Semanas 3 a 4 Semanas 1 a 2 Meses 2 a 3 Meses 3 a 4 Meses 4 a 5 Meses 5 a 6 meses

¿Está usted segura/o que la droga arriba mencionada fué la causante de los efectos colaterales que describió anteriormente? Muy segura/o Casi segura/o No muy seguro

¿Tuvo que ser hospitalizada/o en horas de la noche o por más tiempo debido a estos efectos colaterales? Sí No *(Por favor asegúrese de marcar cualquier hospitalización que tuvo en Página 6)*

Nombre del Medicamento que le causó el efecto colateral o no deseado: 2) _____

Dejó usted de tomar el medicamento por éste efecto colateral? Sí No

Debió usted cambiar la dosis del medicamento debido a éste efecto no deseado? Sí No

Qué efectos adversos experimentó. Por favor enumérelos y díganos cuáles fueron.

Qué tan severo o importante fué cada efecto adverso.

1. _____ Leve Moderado Severo

2. _____ Leve Moderado Severo

3. _____ Leve Moderado Severo

Debido a éste efecto colateral, usted tuvo que: (marque todo lo que corresponda) Tomar otro medicamento adicional Ir al Médico

¿Cuánto tiempo dejó de trabajar debido a éstos efectos colaterales?

No perdí ningún día 1 a 3 días 4 a 7 días 8 a 10 días 11 a 20 días 21 a 30 días Más de 30 días

¿Cuál fue el primer mes en que comenzó a experimentar los efectos colaterales de éste medicamento? Jul Ago Sep

¿Tiene aún usted algunos de éstos efectos colaterales? Sí No Oct Nov Dic

¿Cuánto tiempo duraron éstos efectos colaterales?

Menos de 1 Semana 1 a 3 Semanas 3 a 4 Semanas 1 a 2 Meses 2 a 3 Meses 3 a 4 Meses 4 a 5 Meses 5 a 6 meses

¿Está usted segura/o que la droga arriba mencionada fué la causante de los efectos colaterales que describió anteriormente? Muy segura/o Casi segura/o No muy seguro

¿Tuvo que ser hospitalizada/o en horas de la noche o por más tiempo debido a estos efectos colaterales? Sí No *(Por favor asegúrese de marcar cualquier hospitalización que tuvo en Página 6)*



Nombre del Medicamento que le causó el efecto colateral o no deseado: 3) _____

Dejó usted de tomar el medicamento por éste efecto colateral? Sí No

Debió usted cambiar la dosis del medicamento debido a éste efecto no deseado? Sí No

Qué efectos adversos experimentó. Por favor enumérelos y díganos cuáles fueron.

Qué tan severo o importante fué cada efecto adverso.

1. _____ Leve Moderado Severo

2. _____ Leve Moderado Severo

3. _____ Leve Moderado Severo

Debido a éste efecto colateral, usted tuvo que: (marque todo lo que corresponda) Tomar otro medicamento adicional Ir al Médico

¿Cuánto tiempo dejó de trabajar debido a éstos efectos colaterales?

No perdí ningún día 1 a 3 días 4 a 7 días 8 a 10 días 11 a 20 días 21 a 30 días Más de 30 días

¿Cuál fue el primer mes en que comenzó a experimentar los efectos colaterales de éste medicamento? Jul Ago Sep

¿Tiene aún usted algunos de éstos efectos colaterales? Si No Oct Nov Dic

¿Cuánto tiempo duraron éstos efectos colaterales? Menos de 1 Semana 1 a 3 Semanas 3 a 4 Semanas 1 a 2 Meses
 2 a 3 Meses 3 a 4 Meses 4 a 5 Meses 5 a 6 meses

¿Está usted segura/o que la droga arriba mencionada fué la causante de los efectos colaterales que describió anteriormente? Muy segura/o Casi segura/o No muy seguro

¿Tuvo que ser hospitalizada/o en horas de la noche o por más tiempo debido a estos efectos colaterales? Sí No *(Por favor asegúrese de marcar cualquier hospitalización que tuvo en Página 6)*

Nombre del Medicamento que le causó el efecto colateral o no deseado: 4) _____

Dejó usted de tomar el medicamento por éste efecto colateral? Sí No

Debió usted cambiar la dosis del medicamento debido a éste efecto no deseado? Sí No

Qué efectos adversos experimentó. Por favor enumérelos y díganos cuáles fueron.

Qué tan severo o importante fué cada efecto adverso.

1. _____ Leve Moderado Severo

2. _____ Leve Moderado Severo

3. _____ Leve Moderado Severo

Debido a éste efecto colateral, usted tuvo que: (marque todo lo que corresponda) Tomar otro medicamento adicional Ir al Médico

¿Cuánto tiempo dejó de trabajar debido a éstos efectos colaterales?

No perdí ningún día 1 a 3 días 4 a 7 días 8 a 10 días 11 a 20 días 21 a 30 días Más de 30 días

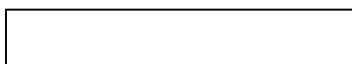
¿Cuál fue el primer mes en que comenzó a experimentar los efectos colaterales de éste medicamento? Jul Ago Sep

¿Tiene aún usted algunos de éstos efectos colaterales? Sí No Oct Nov Dic

¿Cuánto tiempo duraron éstos efectos colaterales? Menos de 1 Semana 1 a 3 Semanas 3 a 4 Semanas 1 a 2 Meses
 2 a 3 Meses 3 a 4 Meses 4 a 5 Meses 5 a 6 meses

¿Está usted segura/o que la droga arriba mencionada fué la causante de los efectos colaterales que describió anteriormente? Muy segura/o Casi segura/o No muy seguro

¿Tuvo que ser hospitalizada/o en horas de la noche o por más tiempo debido a estos efectos colaterales? Sí No *(Por favor asegúrese de marcar cualquier hospitalización que tuvo en Página 6)*



Cuestionario de Salud SF-36

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.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

En general, usted diría que su salud es: Excelente Muy buena Buena Regular Mala

¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace 6 meses?

- Mucho mejor ahora que hace 6 meses Algo mejor ahora que hace 6 meses Más o menos igual que hace 6 meses
 Algo peor ahora que hace 6 meses Mucho peor ahora que hace 6 meses

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita llevar la bolsa de la compra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita subir un solo piso por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita agacharse o arrodillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita caminar varias manzanas (cuadras)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 4 últimas semanas:

- a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No
- b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? Sí No
- c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No
- d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? Sí No

Cuan VERDADERO o FALSO son para usted cada una de las siguientes afirmaciones?	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No estoy segura/o	Mayormente Falso o no cierto	Definitivamente Falso o no cierto
a. Me parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estoy tan saludable como otras personas que conozco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Temo que mi salud se pondrá peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

- a. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No
- b. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No
- c. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Bastante
 Un poco Mucho
 Algunas Veces

¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno Sí, un poco Sí, mucho
 Sí, muy poco Sí, moderado Sí, muchísimo

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Bastante
 Algunas Veces Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS:

	Siempre	Casi siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuánto tiempo se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han dificultado o interferido con sus actividades sociales habituales o normales, con su familia, sus amigos, sus vecinos u otras personas?

Casi siempre Muchas Veces Algunas veces
 Sólo alguna vez Nunca



CUESTIONARIO FUNCIONAL WOMAC

Nos interesa conocer la intensidad de su dolor y rigidez y el grado de dificultad que tiene para llevar a cabo sus actividades físicas habituales. Por favor responda colocando una X en cada casillero de abajo que corresponda a cada pregunta.

Si usted coloca una X en el primer casillero a su izquierda, está indicando que no tiene dolor o rigidez y por lo contrario, si coloca una X en el último casillero a su derecha, está indicando que tiene un dolor muy intenso o mucha rigidez.

Las preguntas que siguen a continuación hacen referencia a la intensidad del dolor que usted sufre. Para cada situación por favor coloque una X en el casillero que mejor describa la intensidad del dolor que ha sufrido durante la última semana.

¿Cuánto dolor tiene usted.....

	Ninguno	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso
1. Al caminar en una superficie plana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Al subir o bajar escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por la noche al estar acostado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Al estar sentado o descansando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Al estar de pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que siguen a continuación hacen referencia a la intensidad de la rigidez que usted sufre. La rigidez es la sensación de restricción o enlentecimiento al mover sus articulaciones. Para cada situación por favor coloque una X en el casillero que mejor describa la intensidad de la rigidez que ha sufrido durante la última semana.

	Ninguna	Leve	Moderada	Intensa	Muy intensa
1. Qué tan intensa es su rigidez al levantarse por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Qué tan intensa es su rigidez después de estar sentada/o, descansando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que siguen a continuación hacen referencia a sus actividades físicas. Con ello significamos sus habilidades para moverse a su alrededor y poder llevar actividades por sí mismo. Para cada pregunta que sigue a continuación por favor indique el grado de dificultad que ha sufrido en la última semana.

	Ninguno	Leve	Moderado	Intenso	Muy intenso
Que grado de dificultad presenta usted para..					
1. Bajar escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantarse estando sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Permanecer de pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Agacharse hasta el suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Caminar en terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Entrar y salir del automóvil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ponerse calcetines o medias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quitarse los calcetines o medias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Acostarse en una cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Entrar o salir de una tina de baño o bañera/bañadera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentarse en una silla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentarse y levantarse del retrete/excusado o inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hacer trabajo doméstico pesado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hacer trabajo doméstico ligero o liviano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Necesitamos su valiosa información para mantener nuestros registros actualizados. **No brindaremos su información personal a absolutamente nadie.** Ésto nos permitirá mantener la información más corriente sobre su dirección y número de teléfono actuales.

Por favor mencione abajo los nombres y números telefónicos de dos personas que no vivan con usted pero que sepan cómo poder contactarla/o.

1) Nombre y Apellido: _____

Número telefónico con su área:
[][][] - [][][] - [][][][]

Dirección de correo electrónico(en mayúsculas):

2) Nombre y Apellido: _____

Número telefónico con su área:
[][][] - [][][] - [][][][]

Nombre de su Esposo/a:

Por favor díganos los nombres de su médico quien le provee los cuidados médicos por su artritis.

Nombre y Apellido de su Doctor: _____

Dirección de su Doctor: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Comentarios o Información adicional
Nos serán de mucha utilidad sus comentarios y sugerencias

