

Clinic:   Participant ID:        Nickname:      Outcome Visit:    Month:   Day:   Year:

## Quality of Well-Being Scale, Self-Administered (QWB-SA), V1.04

Esta encuesta se refiere a problemas de salud que usted haya experimentado en los últimos 3 días, no incluyendo el día de hoy. Por favor responda a todas las preguntas llenando el círculo apropiado con tinta azul o negra. Por favor no use marcas de chequear o bolígrafos de felpa. Gracias.

### 1. Por favor indique si actualmente tiene algunos de los siguientes síntomas o problemas de salud:

¿Tiene Ud...	SI	NO
a. Pérdida completa de la vista o problemas severos en ambos ojos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida completa de la vista o problemas severos en un solo ojo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dificultad al hablar, tal como tartamudear, o no poder hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Falta o parálisis de las manos, pies, brazos, o piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta o parálisis de los dedos de las manos o pies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Alguna <u>deformidad</u> de la cara, dedos, mano o brazo, pie o pierna, o espalda (por ejemplo, escoliosis severo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Cansancio general, fatiga o debilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Problema con aumento o pérdida de peso sin desearlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Problema con ser de bajo peso o de peso excesivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Problemas al masticar su comida adecuadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Pérdida del oído o sordera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Algún problema de la piel, tal como acné severo, o quemaduras grandes o cicatrices en la cara, cuerpo, brazos, o piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Eczema, salpullido que causa ardor o comezón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuáles de los siguientes aparatos de salud usa o tiene Ud?	SI	NO
a. Dentadura postiza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tanque de oxígeno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Prótesis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Anteojos o lentes de contacto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Audífonos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Lupa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Soporte para el cuello, espalda o pierna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. En la siguiente lista de problemas, indique en cuales de los últimos 3 días, excluyendo el día de hoy, tuvo el problema. Si no ha tenido el síntoma en los últimos tres días, no deje la pregunta sin contestar, por favor marque la respuesta “Ningún día”. Si ha tenido el síntoma en los últimos tres días, por favor marque esos días en que tuvo el problema; si lo tuvo por más de uno de los días, por favor marque todos los días que corresponda.

	Ningún día	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días
<b>Por ejemplo, si tuvo un dolor de cabeza ayer y anteayer, entonces marque lo siguiente: dolor de cabeza?</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>¿Tuvo Ud...(Por favor indique todos los días que apliquen)</b>				
a. Algún problema con su vista que no se corrige con anteojos o lentes de contacto (tal como doble visión, visión distorsionada, destello (relumbrón) o flotantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Algún dolor en los ojos, irritación, flujo o sensibilidad excesiva a la luz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Clinic:	Participant ID:	Nickname:	Outcome Visit:	Month:	Day:	Year:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tuvo Ud ... (Por favor indique todos los días que apliquen)	Ningún día	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días
c. Dolor de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Mareo, dolor o zumbido de oídos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Dificultad para oír, flujo o sangrar de un oído?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Nariz tapada o que fluye o estar sangrando de la nariz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Dolor de garganta, dificultad al tragar, o voz ronca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Dolor de diente o de la quijada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Dolor o estar sangrado de los labios, lengua, o las encías?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Tos o respiración asmática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Respiración corta o dificultad al respirar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Dolor de pecho, tensión, palpitaciones, latidos irregulares del corazón, o otra molestia en el pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Estómago indispuerto, dolor abdominal, nausea, acidez, o vomitar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Dificultad al defecar, diarrea, estreñimiento, sangre en el recto, excremento de color negro, o cualquier dolor o molestia en el área del recto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Dolor, ardor, o sangre en la orina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Pérdida del control de la vejiga, orinar frecuentemente por la noche, o tiene dificultad al orinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Dolor en los órganos sexuales, comezón, ardor o flujo anormal o calambre en el área pélvica o sangrado anormal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Mano rota, muñeca, pie, pierna u otro hueso roto (que no sea en la espalda)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Dolor, rigidez, calambre, debilidad o adormecimiento en el cuello o espalda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. Dolor, rigidez, calambre, debilidad o adormecimiento en las caderas o costados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. Dolor, rigidez, calambre, debilidad o adormecimiento en cualquier coyuntura o músculos de las manos, pies, brazos o piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. Hinchazón de los tobillos, manos, pies o abdomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. Fiebre, escalofríos o sudores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. Pérdida del conocimiento, desmayos, o ataques?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. Dificultad manteniendo su equilibrio, al pararse o caminar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Clinic:	Participant ID:	Nickname:	Outcome Visit:	Month:	Day:	Year:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tuvo Ud... (Por favor indique todos los días que apliquen)	Ningún día	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días
<b>3. Los siguientes síntomas están relacionados con sus sentimientos, pensamientos y comportamiento. Por favor indique en cuáles de los últimos tres días, excluyendo el día de hoy, ha tenido Ud...</b>				
a. Dificultad para dormirse o mantener el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Momentos de sentirse nervioso o tembloroso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Momentos de sentirse trastornado, desanimado, o triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Preocupación o ansiedad excesiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sentir que tiene poco o no control de los eventos en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Sentirse solo o aislado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Sentirse frustrado, irritado o enfadado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Una cruda o resaca (después de tomar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Interés disminuido o no pudo llevar a cabo el acto sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Dificultad en entender la palabra escrita o hablada, o pérdida significativa de la memoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Pensamientos o imágenes que no pudo sacar de su mente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Que tomar algún medicamento incluyendo medicinas no recetadas (aspirina/tylenol, medicinas para alergias, insulina, hormonas, estrógeno, tiroides y prednisone)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Que seguir una dieta recetada por un medico por razones de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Pérdida de apetito o de comer excesivamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. En los últimos 3 días, ¿tuvo Ud. algún síntoma, queja de salud, o dolor que no haya mencionado?</b> <p style="text-align: center;">O Sí                      O No</p> Si su respuesta es sí ¿cuáles fueron los síntomas y en cuáles días estuvieron presentes?				
Síntoma A: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntoma B: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En los últimos 3 días... (Por favor indique todos los días que apliquen)	Ningún día	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días
5a. ¿Pasó Ud. parte del día o noche como paciente en un hospital, casa de ancianos o centro de rehabilitación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. ¿Necesitó ayuda con su cuidado personal, tal como, comer, vestirse, bañarse y caminar dentro de su casa por causa de algún daño o problema de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6a. ¿Cuáles de los días manejó un vehículo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. ¿Cuáles de los días usó transporte público, tal como un autobús, el metro (tren subterráneo), camioneta médica, tren, o avión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. ¿Cuáles de los días no manejó, o no usó transporte público, o necesitó ayuda de otra persona para usarlos por razones relacionadas con su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Clinic:   Participant ID:        Nickname:       Outcome Visit:    Month:   Day:   Year:

En los últimos 3 días ¿tuvo Ud... (Por favor indique todos los días que apliquen)?	Ningún día	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días
7a. Dificultad al subir escaleras, usar rampas o caminar fuera de la banqueta?	○	○	○	○
7b. Que evitar caminar, tuvo problemas para caminar, o caminar más despacio que otras personas de su edad?	○	○	○	○
7c. Que cojear o usar un bastón, muletas o soportes metálicos para caminar?	○	○	○	○
7d. Que evitar o tuvo problemas al inclinarse, agacharse o arrodillarse?	○	○	○	○
7e. Problemas al levantar o cargar objetos como libros, maletín, o la compra del supermercado?	○	○	○	○
7f. Alguna otra limitación en sus movimientos físicos?	○	○	○	○
7g. Que pasar toda o la mayor parte del día acostado en una cama, sentado en una silla o sofá por razones de su salud?	○	○	○	○
7h. Que pasar toda o la mayor parte del día en una silla de ruedas?	○	○	○	○
<b>Si estuvo en una silla de ruedas</b> , indique en cuales de los días tuvo otra persona que controlar el movimiento de la silla?	○	○	○	○
8a. Por razones de salud física o emocional, ¿en cuáles de los días evitó, necesitó ayuda, o se sintió limitado en hacer algunas de sus actividades diarias, tal como ir al trabajo, a la escuela o hacer sus quehaceres domésticos?	○	○	○	○
8b. Por razones de salud física o emocional, ¿en cuáles de los días evitó o se sintió limitado en hacer algunas de sus actividades diarias, tal como visitar a su familia o amigos, su pasatiempo, ir de compras, actividades recreativas o religiosas?	○	○	○	○
8c. En cuáles de los días tuvo que cambiar sus planes o actividades por razones de salud? (Considere solo actividades que no ha mencionado en las últimas 2 preguntas.) _____	○	○	○	○

<p>9a. Diría Ud. que su estado de salud es:</p> <p>○ Excelente</p> <p>○ Muy Buena</p> <p>○ Buena</p> <p>○ Regular</p> <p>○ Mala</p>	<p>9b. En general, ¿cómo considera Ud. que se encuentra de salud en estos momentos comparado con el año pasado?</p> <p>○ Mejor que el año pasado</p> <p>○ Algo mejor que el año pasado</p> <p>○ Igual que el año pasado</p> <p>○ Algo peor que el año pasado</p> <p>○ Mucho peor que el año pasado</p>
---	--

9c. Piense en una escala de 0 a 100, cero siendo el estado de salud menos deseado que uno pueda imaginarse y 100 un estado de salud perfecto. En general, ¿qué número de 0 a 100 marcaría usted como su estado de salud en los últimos 3 días?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Clinic:

Participant ID:

Nickname:

Outcome Visit:

Month:

Day:

Year:

<p>10a. Sexo:</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p> <p><input type="radio"/> Femenino</p> <p>10b Edad:</p> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p>10c. Cual es su etnicidad (su origen)?</p> <p><input type="radio"/> Africano-Americano</p> <p><input type="radio"/> Asiático o de las Islas Pacíficas</p> <p><input type="radio"/> Anglo-sajón</p> <p><input type="radio"/> Hispano</p> <p><input type="radio"/> Indio Nativo de América</p> <p><input type="radio"/> Otro; por favor indique _____</p>	<p>10d. Cual de los siguientes mejor describe los años de estudio que Ud. ha completado?</p> <p><input type="radio"/> Secundaria</p> <p><input type="radio"/> Preparatoria</p> <p><input type="radio"/> Algo de colegio universitario</p> <p><input type="radio"/> Título universitario (B.S. o B.A)</p> <p><input type="radio"/> Algo de escuela para graduados</p> <p><input type="radio"/> Título Posgraduado (M.A., M.D., PhD.)</p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			