

Sesión de cuestionarios 4

Buenos días, a continuación llevaremos a cabo una serie de preguntas que debe contestar. Si tiene cualquier duda pregunte a la persona encargada de esta evaluación y se la resolverá.

Muchas gracias!

Ingrese su identificación en el proyecto que es
[record_id]

Actividades de la vida diaria

A continuación realizaremos una serie de cuestionarios en el que debe contestar TODAS las preguntas, si necesita aclarar alguna pregunta o no entiende algo, por favor, consulte al evaluador que lo/la acompaña

	No	Si
Capacidad para usar el teléfono: Utiliza el teléfono por iniciativa propia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No es capaz de usar el teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer compras: Realiza todas las compras necesarias independientemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza independientemente pequeñas compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente incapaz de comprar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparación de la comida: Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado de la casa: Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Necesita ayuda en todas las labores de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No participa en ninguna labor de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavado de la ropa: Lava por sí solo toda su ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava por sí solo pequeñas prendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de medios de transporte: Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No viaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilidad respecto a su medicación: Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No es capaz de administrarse su medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo de sus asuntos económicos: Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapaz de manejar dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 iadl questionnaire score

Cuestionario sobre salud oral

Usted diría que la salud de su boca es:

- ☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Mala
☐ Muy mala

Desde nuestra última entrevista ha perdido algunos dientes?

- ☐ No ☐ Si

Cuántos dientes?

- ☐ Uno
☐ Dos
☐ Tres o más

Tiene dificultad para comer por problemas en la boca?

- ☐ Mucha
☐ Bastante
☐ Alguna
☐ Ninguna

Con qué frecuencia visita usted al dentista?

- ☐ Al menos una vez cada tres meses
☐ Dos o 3 veces al año
☐ Una vez al año
☐ Ninguna

	No	Si
Tiene úlceras o llagas en la boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le duelen las encías con frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sangran las encías con frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le duelen los dientes o muelas con frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa prótesis dental o dentadura artificial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de estres percibido

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el ltimo mes. En cada caso, por favor indique cmo usted se ha sentido o ha pensado en cada situacin.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En el último mes, con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En el último mes, con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que no poda afrontar todas las cosas que tenga que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. En el último mes, con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

☐☐☐☐☐

12. En el último mes, con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

☐☐☐☐☐

13. En el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

☐☐☐☐☐

14. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

☐☐☐☐☐

Escala de ansiedad y depresiónA continuación se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Me siento tenso o nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento lento y torpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. He perdido el interés por mi aspecto personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Espero las cosas con ilusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>