Nombre:_____ Fecha:___/___/____ MR:_____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las <u>últimas dos (2) semanas</u>, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	**No, para nada**	**Varios días**	**Durante más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING *0* + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó <u>cualquier</u> problema, ¿cuán <u>difícil</u> se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido difícil	**Algo difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
□	□	□	□

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/____

GAD-7

Durante las <u>últimas dos (2) semanas</u>, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	**Ninguna**	**Por varios días**	**Durante más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)

Rango Severidad:

___ 0-4: Mínimo

___ 5-9: Leve

___ 10-14: Moderado

___ 15-21: Severo

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha: ____/____/_____

CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar

	SI	NO
Pregunta Inicial Euforia: 1. Algunas personas experimentan periodos que duran varios días en donde se sienten mucho más excitados o llenos de energía de lo que es usual. Sus mentes pueden ir bien rápido. Pueden hablar mucho y acelerado. Se pueden sentir desesperados o inquietos sin poder quedarse quietos o pueden hacer cosas que suelen ser inusuales para ellos como conducir a exceso de velocidad o gastar mucho dinero. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo como este que dure por varios días o más? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.*		
Pregunta Inicial Irritabilidad: 2. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo que dure varios días o más en donde la mayoría del tiempo se sintió tan irritable o enojado/a que usted comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Pregunta Cernimiento Criterio B: *3.* Las personas que han tenido episodios como estos con frecuencia demuestran cambios en su pensamiento y su comportamiento al mismo tiempo, como, por ejemplo, ser más hablador/a que lo usual, necesitan muy poco sueño, son bien inquietos, ir a gastar dinero desmedidamente, y comportarse de múltiples formas que normalmente uno entendería es inapropiado. Alguna vez usted ha tenido alguno de estos cambios mencionados durante sus episodios de sentirse bien excitado/a o lleno/a de energía o de sentirse bien irritable o enojado/a? Si *contesta Sí, continúe contestando el resto de las preguntas de la forma. Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Preguntas Síntomas Criterio B: Piense en un episodio en el que tuvo la mar cantidad de cambios como estos mencionados al mismo tiempo. Durante ese episodio, ¿cuál de los siguientes cambios experimentó?		
1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? *Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.*		
2. ¿Se tornó tan inquieto o intranquilo que tenía que moverse todo el tiempo sin poder parar?		
3. ¿Hizo alguna otra cosa que es inusual para usted – como hablar de cosas que normalmente mantendría en privado, o actuar de una manera que usted considera vergonzosa?		
4. ¿Intentó hacer cosas que eran imposibles de hacer, como el aceptar grandes cantidades de trabajo?		
5. ¿Estuvo constantemente cambiando sus planes o actividades a realizar?		
6. ¿Encontró difícil el poder mantener su mente concentrada en lo que estaba haciendo?		
7. ¿Le ocurrió que sus pensamientos saltaran de uno a otro, corriendo por su cabeza tan rápido que no podía mantener conciencia de ellos?		
8. ¿Durmió mucho menos de lo usual para usted sin que se sintiera cansado o con sueño?		
9. ¿Gastó mucho más dinero de lo usual que esto le causó problemas financieros?		

Firma Paciente:_____ Firma Clínico:_____

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión Auto Reporte - Reciente

Nombre:_____ Fecha:___/___/___ MR:_____

Conteste las Preguntas 1 y 2.	En el pasado mes: SÍ	En el pasado mes: NO
1) ***¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?***		
2) ***¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?***		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ***¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?***		
4) ***¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?***		
5) ***¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?***		

	En los pasados 3 meses: SÍ	En los pasados 3 meses: NO
6) ***¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?*** Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vació; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc. ***En su vida entera, ha realizado alguna de estas cosas?***		

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/____

PTSD-Checklist (PCL-C) – Versión Español

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una lesión (herida). Circule la opción que mejor represente cuánto le ha molestado cada una de estas cosas desde que ocurrió la lesión (herida). Utilice la siguiente leyenda para sus contestaciones:

1 = para nada / 2 = un poco / 3 = más o menos / 4 = bastante / 5 = extremadamente

Desde la lesión (herida), ¿cuánto le ha molestado ...	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. ...tener recuerdos, pensamientos perturbadores o imágenes que se repiten de la lesión?					
2. ...tener sueños perturbadores y que se repiten de la lesión?					
3. ...actuar o sentir de repente como si la lesión ocurriera otra vez (como si lo a vivir)?					
4. ...sentirse muy disgustado (preocupado o afligido) cuando algo le recuerda la lesión (herida)?					
5. ...tener reacciones físicas (como latidos fuertes del corazón, le cuesta respirar, suda mucho) cuando algo le recuerda la lesión (herida)?					
6. ...evitar pensar o hablar sobre la lesión (herida) o evitar sentir algo que que ver con eso?					
7. ...evitar actividades o situaciones porque le recuerdan cuando estaba siendo (herido)?					
8. ...tener dificultad para recordar lo que pasó durante el accidente (sin contar lo que no podría recordar por estar inconsciente)?					
9. ...perder interés en las actividades que antes disfrutaba?					
10. ...sentirse distante o aislado (alejado) de otras personas?					
11. ...sentir insensibilidad emocional o incapacidad de sentir amor por sus seres queridos?					
12. ...sentir como si su futuro será más corto [o interrumpido] de alguna manera?					
13. ...tener dificultad para quedarse dormido o seguir durmiendo?					
14. ...sentirse irritado o tener arrebatos de coraje?					
15. ...tener mucha dificultad para concentrarse?					
16. ...estar siempre muy "alerta", vigilante o en guardia?					
17. ...sentirse sobresaltado o asustado por cualquier cosa?					

Puntuación Total: _____

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

PCL 5 - SCORING SUMMARY SHEET

NAME: _____

DATE COMPLETED: _____

To Be Completed by Psychiatrist

CRITERION	QUESTION NUMBER							TOTALS
INTRUSION SYMPTOMS B	B1 (1)	B2 (2)	B3 (3)	B4 (4)	B5 (5)			
AVOIDANCE SYMPTOMS C	C1 (6)				C2 (7)			
COGNITION & MOOD CHANGE D	D1 (8)	D2 (9)	D3 (10)	D4 (11)	D5 (12)	D6 (13)	D7 (14)	
AROUSAL & REACTIVITY E	E1 (15)	E2 (16)	E3 (17)	E4 (18)	E5 (19)	E6 (20)		
						TOTAL SCORE		

Criterion B – at least one ≥ 2 **YES/NO**
Criterion C – at least one ≥ 2 **YES/NO**
Criterion D – at least two ≥ 2 **YES/NO**
Criterion E – at least two ≥ 2 **YES/NO**

DSM5 CATEGORIES	
Mild	0-20
Moderate	20-40
Severe	40-60
Extreme	60-80

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

Cuestionario AUDIT

Circula el número en paréntesis que más represente tu contestación a las siguientes preguntas..

1) ¿Con qué frecuencia ingiere usted alguna bebida alcohólica? *(Si contesta nunca, salte a las preguntas 9 y 10)*

(0) Nunca (1) 1 ves al mes (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana

2) ¿Cuántos tragos bebe usted en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-8 (4) 10 o más

3) ¿Con qué frecuencia toma usted más de 6 tragos en una sesión?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

4) Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha bebido seguido, sin poder detenerse, una vez que ha empezado a tomar?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

5) ¿Con qué frecuencia en el último año ha dejado de hacer lo que se espera de usted debido a la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

6) ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado tomar un trago por las mañanas para poder funcionar después de una severa sesión previa de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o con remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año No ha sido usted capaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior a causa de la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

9) ¿Ha lastimado o herido a alguien por causa de su consume de alcohol?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

10) ¿Ha estado preocupado algún amigo, médico o cualquier otro trabajador de la salud por su consume de alcohol o le ha aconsejado reducirlo?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

Puntuación Total:_____

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

Cuestionario de Cernimiento de Abuso de Drogas o Sustancias – DAST-10

Instrucciones: *Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses. Marque con una X la contestación que más correcta sea para usted.*

Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Usted abusa más de una droga a la vez?		
3. ¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido "pérdidas de conocimiento o memoria repentina" como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Alguna vez se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

Puntuación Total:_____

0 = No problemas reportados

1-2 = Nivel leve

3-5 = Nivel Moderado

6-8 = Nivel Severo

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:_____/_____/_____

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Instrucciones: Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una **X** la alternativa elegida.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
3. Generalmente me incline a pensar que soy un fracaso.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Puntuación Total:_____

Puntuaciones:
Para otorgar las puntuaciones, asigne un valor a cada una de las 10 aseveraciones de la siguiente manera:

- **Para los ítems 1, 2, 4, 6, 7:** Muy de acuerdo=3, De acuerdo=2, En desacuerdo=1, and Muy en desacuerdo=0.
- **Para los ítems 3, 5, 8, 9, 10**: Muy de acuerdo=0, De acuerdo=1, En desacuerdo=2, and Muy en desacuerdo=3.

La escala va en un rango de 0-30, con 30 indicando la puntuación más alta posible. Puntuaciones más altas indican una autoestima mayor. Puntuaciones por debajo de 15 indican baja autoestima.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Instrucciones: A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuán de acuerdo está con cada afirmación colocando el número correspondiente al elemento escogido. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

7 – Totalmente de Acuerdo
6 – De acuerdo
5 – Ligeramente de Acuerdo
4 – Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
3 – Ligeramente en Desacuerdo
2 – En Desacuerdo
1 – Totalmente en Desacuerdo

___ En la mayoría de las formas, mi vida se acerca a mí ideal.

___ Las condiciones de mi vida son excelentes.

___ Estoy satisfecho/a con mi vida.

___ Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.

___ Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Puntuación Total:_____

Rango Severidad:

▪ 31 – 35:	Extremadamente Satisfecho	____
▪ 26 – 30:	Satisfecho	____
▪ 21 – 25:	Levemente Satisfecho	____
▪ 20:	Neutral	____
▪ 15 – 19:	Levemente Insatisfecho	____
▪ 10 – 14:	Insatisfecho	____
▪ 5 - 9:	Extremadamente Insatisfecho	____

Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener.
Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	Iniciar o mantener una conversación?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	Moverse dentro de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	Salir de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	Comer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	Hacer nuevos amigos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	Tener relaciones sexuales?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

MR:_____ Fecha:____/____/_____

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36
Auto

Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas **D5.5**-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué impacto económico ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente..

La pregunta D6.4 cuestiona el tiempo, las opciones de respuesta no me parece que apliquen, sin embargo es solo una observación, asi esta en la version en ingles y en la versión traducida al español

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	***Anote el número de días*** ____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	***Anote el número de días*** ____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	***Anote el número de días*** ____

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.