

FORMULARIO CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS/REGISTRO 2022

CentinelaCIAS:CuidadorCIP:Nombre:Nombre:



CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR (ESCALA COOP-WONC).

Marque con una cruz, como está 🗵 la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en durante las 2 últimas semanas

1. Forma física. ¿Cuál ha sido la actividad física máxima que ha podido realizar durante, al menos, 2 minutos en las últimas 2 semanas?

Muy intensa (ej. correr deprisa)

Dirección General de Salud Pública

Intensa (ej. correr con suavidad)

Moderada (ej. caminar a paso rápido)

Ligera (ej. caminar despacio)

Muy ligera (ej. Caminar lentamente o no poder caminar)

2. Sentimientos. ¿En qué medida le han molestado problemas emocionales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo?

Nada en absoluto

Un poco

Moderadamente

Bastante

Intensamente

3. Actividades cotidianas. ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de problemas físicos o emocionales?

Ninguna en absoluto

Un poco de dificultad

Dificultad moderada

Mucha dificultad

No he podido hacer nada

4. Actividades sociales. ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada en absoluto

Ligeramente

Moderadamente

Bastante

Muchísimo

5.	Cambio de estado de salud. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con	n
	el de hace 2 semanas?	

Mucho mejor

Un poco mejor

Igual, por el estilo

Un poco peor

Mucho peor

6. Estado de salud. Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo califica su estado de salud general?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

7. Dolor. Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor

Dolor muy leve

Dolor ligero

Dolor moderado

Dolor intenso

8. Apoyo social. ¿Había alguien dispuesto a ayudarte si lo necesitaba y quería ayuda?

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme

Sí, bastante gente

Sí, algunas personas

Sí, había alguien

No, nadie en absoluto

9. Calidad de vida. ¿Qué tal han ido las cosas durante las últimas 2 semanas?

Estupendamente, no podrían ir mejor

Bastante bien

A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales

Bastante mal

Muy mal, no podrían haber ido peor

Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública

Sí lo estoy

FORMULARIO CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS/REGISTRO 2022

Cuidador CIP: Nombre:



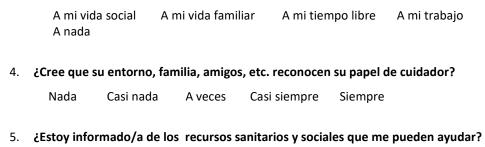
EXPERIENCIAS REFERIDAS POR EL CUIDADOR

No lo estoy

1.	¿Cuánto tiempo lleva cómo cuidador?:	años,	meses.		
2.	¿Por qué motivos es usted el cuidador/a (marque todos los que crea adecuados? Soy el familiar más cercano Soy la única persona disponible Económicos (no puedo pagar un cuidador profesional) Soy mujer Ninguna				
3.	¿A qué renuncia por ser cuidador? (posible respuesta múltiple)				

Centinela CIAS:

Nombre:



6. ¿Cómo percibe usted, como cuidador, la ayuda sanitaria y social disponible?

Adecuada Insuficiente No sé

No sé

7. ¿Le dan los profesionales sanitarios Instrucciones para el cuidado y tratamiento de la persona que cuida?

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

8. ¿Se han tenido en cuenta sus necesidades, comentarios y sugerencias para el cuidado y tratamiento de la persona que cuida?

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

9. ¿Sabe dónde tiene que contactar cuando la persona que cuida tiene una urgencia?

Sí No NS/NC

10. ¿Los profesionales sanitarios y sociales que atienden a la persona que cuido, ¿se preocupan por mi salud y mi calidad de vida?

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

11. Le han informado de los mecanismos que dispone para prevenir la sobrecarga física y mental y como mejorar su bienestar.

Sí No No sé