

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación	_ / _ / _
---------------	-------------	------------------------------	------------------

Datos de identificación

CIPA
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / _ / _
Sexo	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>

MOVILIDAD

(respuesta única)

No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para caminar	<input type="checkbox"/>
No puedo caminar	<input type="checkbox"/>

AUTOCUIDADO

(respuesta única)

No tengo problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
No puedo lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

(respuesta única)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
No puedo realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>

DOLOR/MALESTAR

(respuesta única)

No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar leve	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar moderado	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar fuerte	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar extremo	<input type="checkbox"/>

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

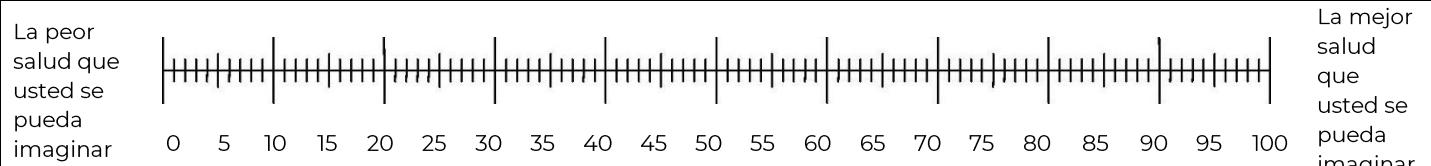
(respuesta única)

No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy levemente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy extremadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>

SALUD AUTOPERCIBIDA

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY. La escala está numerada del 0 al 100. 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.



Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY