

# Ensayo clínico HALT-C

## Calidad de vida

Formulario # 40 Versión A: 06/15/2000 (Rev. 03/07/2001)

### SECTION A: GENERAL INFORMATION

A1. Affix ID Label Here →

A2. Patient initials: \_ \_ \_ \_

A3. Visit number: \_ \_ \_ \_

A4. Visit Date: MM / DD / YYYY \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

A5. Initials of person completing Section A: \_ \_ \_ \_

**Note:** This is a patient administered form.

**Por favor encierre con un círculo el número que mejor describa su respuesta a cada pregunta. Encierre con un círculo únicamente una respuesta para cada pregunta.**

### SECCIÓN B: CALIDAD DE VIDA

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1	2	3	4	5

2. En comparación con hace un año, en general, ¿cómo calificaría su salud actual?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Casi lo mismo que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor que hace un año
1	2	3	4	5

3. A continuación se presenta una lista de actividades que usted podría realizar en un día típico. Actualmente, ¿lo limita su salud en estas actividades? En caso afirmativo, ¿cuánto?

	Sí, muy limitado	No, un poco limitado	No, para nada limitado
a) Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar boliche o jugar golf	1	2	3
c) Levantar o cargar comestibles	1	2	3
d) Subir varios tramos de escaleras	1	2	3
e) Subir un tramo de escaleras	1	2	3
f) Agacharse, arrodillarse o acuclillarse	1	2	3
g) Caminar más de una milla	1	2	3
h) Caminar varias cuerdas	1	2	3
i) Caminar una cuerda	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido alguno de los problemas siguientes con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de su salud física?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a) Reducción de la cantidad de tiempo que dedica a su trabajo u otras actividades	1	2
b) Logró menos de lo que hubiera querido	1	2
c) Tuvo limitaciones en el tipo de trabajo u otras actividades	1	2
d) Tuvo dificultad para realizar su trabajo o actividades (Por ejemplo, necesitó tiempo adicional)	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido alguno de los problemas siguientes con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de algún problema emocional (tal como sentirse deprimido o ansioso)?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a) Reducción de la cantidad de tiempo que dedica a su trabajo u otras actividades	1	2
b) Logró menos de lo que hubiera querido	1	2
c) No realizó su trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida han su salud física o problemas emocionales interferido con sus actividades sociales normales con familiares, vecinos o grupos?

<b>Para nada</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
1	2	3	4	5

7. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas cuatro semanas?

<b>Nada</b>	<b>Muy leve</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>	<b>Muy severo</b>
1	2	3	4	5	6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida ha interferido el dolor con su trabajo normal (incluyendo fuera de la casa y las faenas domésticas)?

<b>Para nada</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
1	2	3	4	5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se siente y a cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas. Para cada pregunta, por favor dé solamente la respuesta que describa mejor cómo se siente. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué parte del tiempo ...

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Parte del tiempo	Una pequeña parte del tiempo	En ningún momento
a) ... se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
b) ... ha sido una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
c) ... se ha sentido de ánimo tan caído que nada podía alentararlo?	1	2	3	4	5	6
d) ... se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
e) ... tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f) ... se ha sentido desanimado y melancólico?	1	2	3	4	5	6
g) ... se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h) ... ha sido una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
i) ... se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué parte del tiempo han su salud física o problemas emocionales interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	Una pequeña parte del tiempo	En ningún momento
1	2	3	4	5

11. En su opinión, ¿cuán VERDADERO o FALSO es cada uno de los enunciados siguientes?

	Definitivamente verdadero	Mayormente verdadero	No sé	Mayormente falso	Definitivamente falso
a) Parece ser que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b) Soy tan saludable como cualquiera que conozco	1	2	3	4	5
c) Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d) Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Para las preguntas 12 -14: Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué parte del tiempo...

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Una pequeña parte del tiempo	En ningún momento
12. a. tuvo problemas para dormir?	1	2	3	4	5
b. se sintió cansado al despertar?	1	2	3	4	5
c. tuvo dificultad para mantenerse despierto durante el día?	1	2	3	4	5
13. a. se sintió enojadizo o irritable?	1	2	3	4	5
b. se sintió malhumorado o fácilmente molesto?	1	2	3	4	5
c. tuvo dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Una pequeña parte del tiempo	En ningún momento
14. a. se sintió aislado de otras personas?	1	2	3	4	5
b. estuvo reacio a socializar o interactuar con otros?	1	2	3	4	5
c. sintió que sus relaciones sociales eran tensas?	1	2	3	4	5

Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué parte del tiempo...

	Para nada	Un poquito	Moderadamente	Bastante	Extremadamente	
15. a. ha sentido que su salud tuvo un impacto en su desempeño en el trabajo u otras actividades regulares?	1	2	3	4	5	
b. ha tenido problemas financieros debido a gastos médicos?	1	2	3	4	5	<u>No es pertinente</u>
c. no ha podido trabajar debido a su salud?	1	2	3	4	5	-1
16. a. ha sentido que su salud interfirió con su goce del sexo?	1	2	3	4	5	-1
b. no ha tenido interés sexual?	1	2	3	4	5	
c. ha sentido que su salud interfirió con su funcionamiento sexual?	1	2	3	4	5	<u>No es pertinente</u> -1

Patient ID: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

17. Al tomarlo todo en cuenta, ¿cuán satisfecho está en este momento con...?

	Completa mente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	Completa mente insatisfecho
a. su capacidad de funcionar en el trabajo o como amo de casa o estudiante?	1	2	3	4	5	6	7
b. su vida social y relaciones?	1	2	3	4	5	6	7
c. su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7