D2d study # _ _ _ _ _ _ Date: __/__/___

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
En general, diría que su salud es	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

Capacidad de funcionamiento físico	Sin dificultad	Con poca dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
¿Puede realizar tareas, como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
¿Puede subir y bajar escaleras a un paso normal?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
¿Puede salir a caminar durante 15 minutos por lo menos?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
¿Puede hacer mandados y compras?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

Ansiedad **En los últimos 7 días…**	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
Sentí miedo.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Mis inquietudes fueron demasiado para mí	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Me sentí intranquilo/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Depresión **En los últimos 7 días...**	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
Sentí que no valía nada	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Me sentí indefenso/a (que no podía hacer nada para ayudarme).....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Me sentí deprimido/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Me sentí desesperanzado/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

D2d study # _ _ _ _ _ _ Date: __/__/___

Agotamiento

En los últimos 7 días...	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
Me siento agotado/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado/a	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
En los últimos 7 días…					
¿Qué tan rendido/a se sintió en promedio?.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
¿Qué tan agotado/a estuvo en promedio? ...	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Alteración del sueño

En los últimos 7 días…	**Muy mala**	**Mala**	**Pasable**	**Buena**	**Muy buena**
La calidad de mi sueño fue	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
En los últimos 7 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
Mi sueño fue reparador.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Tuve problemas para dormir.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Tuve dificultad para dormirme.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Capacidad para participar en roles y actividades sociales

	Nunca	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Tengo problemas para realizar con otras personas todas mis actividades habituales de tiempo libre	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Tengo problemas para realizar todas las actividades con mi familia que quiero hacer...	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Tengo problemas para realizar todo mi trabajo habitual (incluya el trabajo en el hogar).....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Tengo problemas para realizar todas las actividades con mis amigos/as que quiero hacer	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

Efectos del dolor

En los últimos 7 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
¿En qué medida el dolor interfirió en sus actividades diarias?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
¿En qué medida el dolor interfirió en el trabajo en el hogar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
¿En qué medida el dolor interfirió en su capacidad para participar en actividades sociales?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
¿En qué medida el dolor interfirió en sus tareas domésticas?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Intensidad del dolor

En los últimos 7 días…

En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐ 0 **Ningún dolor**	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10 **El peor dolor imaginable**