

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Sobre usted: SEXO: Femenino Masculino GRUPO ÉTNICO: Asiático Hispano Otro Negro Blanco ESTADO CIVIL: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Idioma que prefiere: ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____

Médico que le refiere: _____ Núm. de farmacia: _____

1. Marque con una (✓) sólo UNA respuesta que mejor describa sus capacidades en este momento:

Table with 5 columns: EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿pudo realizar las siguientes actividades?, SIN dificultad, Con un POCO de dificultad, Con MUCHA dificultad, NO PUDE hacerlo. Rows include activities like 'Vestirse', 'Acostarse', 'Llevarse una taza', etc.

2. ¿Qué tanto dolor ha tenido como consecuencia de su condición EN LA ÚLTIMA SEMANA? Señale a continuación el grado de severidad de su dolor:



3. Al despertarse en la mañana EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿sintió entumecimiento? No Sí Si la respuesta es "Sí," señale la cantidad de minutos _____ u horas _____ que le toma en recobrar la flexibilidad que tendrá durante el día.

4. ¿Cómo se siente HOY en comparación con su última cita? Marque con una (✓) sólo una respuesta. (1) Mucho mejor (2) Mejor (3) Igual (4) Peor (5) Mucho peor

5. Teniendo en cuenta las distintas maneras en las que la enfermedad y las condiciones médicas pueden afectarle en este momento, señale a continuación si se siente:



6. ¿Con qué frecuencia hace ejercicios aeróbicos (sudoración, aumento del ritmo cardíaco, falta de aire) durante al menos media hora (30 minutos)? Marque con una (✓) sólo una respuesta. 3 ó más veces por semana 1-2 veces por semana 1-2 veces por mes No hace ejercicios regularmente No puede hacer ejercicio debido a una discapacidad/impedimento físico

Vertical sidebar containing: FN (1) [] 1=0.3 16=5.3, PN (2) [], PTGL (6) [], RAPID (0-30) [], and Categoría HS=>12 MS=6.1-12 LS= 3.1-6 R= <=3

