

## Salud general

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

		Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
Global01	En general, diría que su salud es .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global02	En general, diría que su calidad de vida es.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global03	En general, ¿cómo calificaría su salud física?.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global04	En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar?.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global05	En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Global09r	En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.) .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
		Completa- mente	En su mayoría	Moderada- mente	Un poco	Para nada
Global06	¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

**En los últimos 7 días...**

		<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>						
Global10r	¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1						
		<hr/> <b>Ninguno      Leve      Moderado      Intenso      Muy intenso</b>										
Global08r	En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1						
Global07r	En promedio, ¿cómo calificaría su dolor? .....	<input type="checkbox"/> 0 <b>Ningún dolor</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10 <b>El peor dolor imaginable</b>