

Medios de apoyo – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta marcando una casilla por línea.

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
CCC31052x	¿Tiene quien le ayude si debe guardar cama?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CCC31055x	¿Tiene quien lo/la lleve al médico si lo necesita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CCC31065x	¿Tiene quien le ayude con sus tareas diarias si está enfermo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SS6	¿Tiene quien le haga mandados si lo necesita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CCC31062x	¿Tiene quien le prepare las comidas si no puede hacerlo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SS9	¿Tiene quien asuma todas sus responsabilidades en su hogar si lo necesita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CCC31051x3	¿Hay alguien disponible que le ayude si lo necesita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
INS-CaPS2	¿Tiene quien le ayude a limpiar en el hogar si lo necesita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5