

Cuestionario HAQ

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Con este cuestionario pretendemos saber de que manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
<b>VESTIRSE Y ARREGLARSE</b>				
Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LEVANTARSE</b>				
Puede usted				
Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMER</b>				
Puede usted				
Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir un cartón de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMINAR</b>				
Puede usted				
Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir 5 escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada

Bastón  Muletas  Cubiertos especiales o adaptados  Andador  Silla de ruedas  Silla especial adaptada

Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo)

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)  Vestirse y arreglarse  Levantarse  Comer  Caminar

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
<b>HIGIENE</b>				
Lavarse y secarse {u cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse en la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALCANZAR</b>				
Puede usted				
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AGARRAR</b>				
Puede usted				
Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDADES</b>				
Puede usted				
Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES

(Higiene, Alcanzar, Agarrar (abrir objetos), Hacer tareas domésticas) Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada

Asiento elevado de inodoro  Barra en la bañera  Asiento en la bañera  Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos  Abridor de frascos  Adaptaciones con mango largo en el baño  Otros (aclarar):

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)

Higiene  Alcanzar objetos  Agarrar y abrir cosas  Mandados y tareas domésticas