

Fecha Recibido: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/A) Revisado Por: <input type="text"/>		<b>- Adhiera la etiqueta aquí -</b> N° Tarjeta Clínica: _____ - _____ - _____ Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____	
Tipo de Contacto: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Teléfono <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Correo <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Visita <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Otro		Tipo de Visita: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consulta de Control # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consulta Semi-Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Consulta Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Consulta No Rutinaria	
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b>			

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 20 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigado las fuentes de datos que existen actualmente, coleccionando y manteniendo los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. A ninguna agencia se le permitirá llevar ni patrocinar una serie de datos colectivos, a menos que aparezca el número de control OMB válido; y al igual a ninguna persona se le requerirá responder a lo mismo. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar estos cuestionarios completados a dichas direcciones

**En este folleto aparecen preguntas que corresponden a las experiencias de su vida. Favor de contestar cada pregunta lo más honestamente que pueda. Esté segura de leer ambos lados de cada página. Solamente los científicos y el personal de la clínica verán sus respuestas, y nadie más. Sus respuestas se mantendrán secretas y en ningún reporte aparecerá su nombre. Al contestar las preguntas, favor de dar la primera respuesta que se le ocurra. No vuelva luego a repasar las respuestas para analizarlas. Sus respuestas nos ayudarán a mejor entender la salud de otras mujeres como usted. Gracias por su cooperación.**

1. Por lo general, ¿qué considera Ud. ser la calidad de su vida? **(Marque uno de los cuadros en el siguiente cuadro.)**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto medio										

Tan mala o peor  
que si estuviese  
muerta

La mejor  
calidad de  
vida

2. ¿Qué tan satisfecha esta Ud. con la calidad de su vida? **(Marque uno de los cuadros en el siguiente cuadro.)**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insatisfecha	Punto medio								Satisfecha	

Completamente  
descontenta con  
la calidad de su  
vida, actualmente

Muy contenta  
con la calidad  
de su vida,  
actualmente

3. En general, ¿diría Ud. que su salud es Excelente Muy buena Buena Regular Pobre  
**(Marque un cuadro.):** ..... <sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>      <sub>4</sub>      <sub>5</sub>

4. ¿En qué estado de salud está Ud. actualmente, a comparación con su salud de hace un año? **(Marque un cuadro.)**

- <sub>1</sub> Mucho mejor que hace un año
- <sub>2</sub> Algo mejor que hace un año
- <sub>3</sub> Casi igual
- <sub>4</sub> Un poco peor que hace un año
- <sub>5</sub> Mucho peor que hace un año

**Las siguientes preguntas corresponden a sus actividades típicas (o normales) durante el día. ¿Se encuentra Ud. limitada respecto a estas actividades por razones de salud? Si es así el caso, ¿qué tan limitada está? (Marque uno de los cuadros en cada pregunta.)**

- |   | No, nada limitada                     | Sí, algo limitada                     | Sí, muy limitada                      |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 5. Actividades vigorosas, tal como correr, levantar objetos pesados, o los deportes intensos.....       | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| 6. Actividades moderadas, tal como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar al boliche o al golf..... | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| 7. Levantar o cargar abarrotes/comestibles .....  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |

		No, nada limitada	Sí, algo limitada	Sí, muy limitada		
8.	Subir muchas escalinatas o varios tramos de escaleras.....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
9.	Subir una escalinata o un tramo de escaleras .....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
10.	Doblarse, arrodillarse/hincarse, o agacharse .....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
11.	Caminar más de una milla .....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
12.	Caminar varias manzanas/cuadras.....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
13.	Caminar una manzana/cuadra.....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
14.	Bañarse o vestirse.....	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>		
15.	Durante las <u>últimas 4 semanas</u> , ¿hasta qué punto han sido afectadas sus rutinas sociales de familia, vecinos, amistades, o grupos, debido a su estado físico o problemas emocionales? <b>(Marque un cuadro.)</b> .....	Nada en absoluto <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Algo <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Moderadamente (A medias) <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Bastante <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Extramadamente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16.	Durante las <u>últimas 4 semanas</u> , ¿cuánto dolor físico ha sentido Ud.? <b>(Marque un cuadro.)</b> .....	Ningún <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Muy poco <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Poco <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Moderado (Módico) <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Grave <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17.	Durante las <u>últimas 4 semanas</u> , ¿hasta qué punto ha sido afectada su rutina de trabajo (tanto fuera de la casa como en la casa) debido al dolor? <b>(Marque un cuadro.)</b> .....	Nada en absoluto <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Un poco <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Moderadamente (A medias) <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Bastante <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Extramadamente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Las siguientes preguntas corresponden a su rutina diaria, tal como el trabajo, cuidado infantil, o actividades entre la comunidad. Debido a su estado físico, ¿ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas durante las últimas 4 semanas?**

		No	Sí
18.	Ud. acortó su trabajo u otra actividad.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
19.	Logró menos de lo deseado. ....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
20.	Ud. tuvo que limitar su trabajo u otra actividad.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
21.	Se le hizo a Ud. difícil hacer su trabajo u otra actividad (le tomó un esfuerzo adicional).....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

Debido a algún problema **emocional** (depresión o ansiedad), ¿le ha ocurrido a Ud. alguna de las siguientes situaciones durante las **últimas 4 semanas**?

	No	Sí
22. Ud. acortó su trabajo u otra actividad.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
23. Logró menos de lo deseado.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
24. No hizo Ud. su trabajo u otros asuntos con el mismo cuidado de siempre.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

Lea las siguientes declaraciones e indique, para cada una, cuáles son verdaderas o falsas es cada uno para Ud.

	Absolutamente verdadero	Algo verdadero	No estoy segura	Algo falso	Absolutamente falso				
25. Me enfermo más que otras personas.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>				
26. Estoy tan sana como cualquier otra persona.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>				
27. Pienso que empeorará mi salud.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>				
28. Mi salud es excelente.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>				
29. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido fueron afectadas sus actividades sociales (tal como visitas familiares o con amistades) debido a estado físico o emocional?									
Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	La mayoría del tiempo	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Parte del tiempo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Poco tiempo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Para nada	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Las siguientes preguntas corresponden a sus sentimientos y a cómo se ha sentido Ud. durante las **últimas 4 semanas**. Marque la única respuesta que mejor demuestre su estado de ánimo.

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿qué tan seguido....

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Para nada
30. Se ha sentido llena de energía?.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
31. Se ha sentido Ud. muy nerviosa? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
32. Se ha sentido Ud. tan deprimida que nada le animaba?.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
33. Se ha sentido Ud. calmada y tranquila? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
34. Ha tenido Ud. mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

- |     |   | Todo el<br>tiempo                     | La<br>mayoría<br>del<br>tiempo        | La<br>mayor<br>parte del<br>tiempo    | Parte del<br>tiempo                   | Poco<br>tiempo                        | Para<br>nada                          |
|-----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 35. | Se ha sentido Ud. deprimida y melancólica?.....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| 36. | Se ha sentido Ud. agotada?.....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| 37. | Se ha sentido Ud. feliz?.....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| 38. | Se ha sentido Ud. cansada? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| 39. | ¿Puede comer Ud.:   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ¿Sin que le ayuden? (puede alimentarse sin ninguna ayuda)   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ¿Con alguna ayuda? (necesita que le ayuden a cortar la comida, etc.)  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ¿Es Ud. completamente incapaz de alimentarse sola?  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 40. | ¿Puede vestirse y desvestirse Ud. sola:   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ¿Sin que le ayuden? (puede escoger su propio vestuario y puede vestirse y desvestirse sola)                                 |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ¿Con alguna ayuda?  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ¿Es Ud. completamente incapaz de vestirse o desvestirse sola?   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 41. | ¿Puede acostarse Ud. y salir de la cama:  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ¿Sin asistencia o sin que le ayuden?  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ¿Con alguna ayuda? (ya sea por medio de alguien o asistida por algún aparato)   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ¿Depende Ud. completamente de alguien para que la levanten?   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 42. | ¿Puede bañarse Ud. en la regadera o en la tina:   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ¿Sin que le ayuden?   |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ¿Con alguna ayuda? (necesita que le ayuden a entrar y salir de la tina, o necesita que le coloquen alguna manija a la tina) |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|     | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> ¿Es Ud. completamente incapaz de bañarse sola?  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |

Aquí aparece una lista de síntomas que a veces uno tiene. En cada uno, marque el cuadro que mejor describe lo molesto que fué el síntoma para Ud. durante las últimas 4 semanas. Esté segura de marcar un cuadro en cada línea.

Si Ud. no siente el síntoma, favor de marcar el cuadro que indica “el síntoma no ocurrió.” Si Ud. tuvo el síntoma, use la siguiente clave para anotar lo molesto que fué:

- Poco** = el síntoma no me afecto en mi rutina diaria.
- Moderado** = el síntoma me afecto algo en mi rutina diaria.
- Grave** = el síntoma me afecto tanto, que no pude cumplir mi rutina diaria.

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
43.1. Distención/hinchazón o gas .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.2. Estreñimiento (dificultad de evacuar/deponer).	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.3. Sudores nocturnos.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.4. Dolores y achaques generales .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.5. Sensibilidad del seno.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.6. Bochornos/Sofocos/calores.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.7. Diarrea.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.8. Cambio de estado emocional .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.9. Nausea.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.10. Mareos.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.11. Cansancio.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.12. Olvidadiza/Falta de memoria.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.13. Aumento de apetito .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.14. Palpitación rápida o saltos de palpitación.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.15. Temblores (tembladera).....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.16. Acidez/ardor en el estómago/agruras.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.17. Impaciencia o inquietud.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.18. Dolor de la espalda inferior .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.19. Dolor del cuello .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.20. Resequedad del cutis o escama/peladura.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.21. Dolores de cabeza o jaquecas/migrañas/ emicráneas .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.22. Torpeza .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.23. Dificultad de visión no corregida con lentes .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.24. Irritación o comezón vaginal o genital.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
43.25. Dificultad con la concentración.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.26. Dolor o rigidez de las coyunturas .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.27. Falta de apetito.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.28. Pérdida de la audición.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.29. Hinchazón de las manos o pies.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.30. Resequedad vaginal o genital .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.31. Malestar o molestia estomacal.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.32. Dolor o ardor al orinar .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.33. Tos o jadeo.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
43.34. Descarga vaginal o genital.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**Aquí se mencionan algunas cosas difíciles que a veces ocurren. Trate por favor de repasar este año pasado en su mente y recuerde si algunas de estas cosas sucedieron. Marque la respuesta que le parezca la mejor.**

Durante el año pasado:	No	Sí, y me alteró:		
		No mucho	Moderadamente (A medias)	Mucho
44.1 ¿Se le murió una pareja o cónyuge?.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
44.2 ¿Tuvo una enfermedad grave una pareja cónyuga? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
45. ¿Tuvo una enfermedad grave o murió alguna amistad o pariente suyo (que no fue su pareja o cónyuge)? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
46. ¿Tuvo Ud. algún problema económico grave?.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
47. ¿Se divorció Ud. o se separó de su pareja o cónyuge?.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
48. ¿Se divorció o separó algún pariente suyo? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
49. ¿Tuvo Ud. algún pleito serio con sus hijos o nietos?.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
50. ¿Tuvo Ud. algún accidente serio, desastre, asalto, incidente sexual no deseado, robo, o incidentes semejantes? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
51. ¿Se jubiló o perdió su Ud. trabajo o algún pariente o amistad íntima? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
52. ¿Sufrió Ud. algún abuso físico a manos de un pariente o amistad que le pegó, abofeteó, empujó, atropelló, golpeó o amenazó con una arma? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

Sí, y me alteró:

Durante el año pasado:

No

No mucho

Moderadamente (A medias)

Mucho

53. ¿Sufrió Ud. algún abuso verbal de un pariente o amistad que le dijo que Ud. era estúpida o que no valía nada, o que la burló o criticó gravemente, o amenazó hacerle daño a Ud. o a su propiedad o a sus mascotas? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
54. ¿Murió alguna mascota suya? .....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

Estas preguntas corresponden a sus sentimientos de la semana pasada. Favor de marcar la respuesta que indique con qué frecuencia se sintió Ud. así.

	Rara vez o ninguna vez (menos de 1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	A veces o por tiempos moderados (3-4 días)	La mayoría del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)
55.1. Se sintió Ud. deprimida (triste o melancólica)....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
55.2. Su sueño fue inquieto.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
55.3. Gozó Ud. la vida.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
55.4. Le dieron a Ud. ataques de llanto.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
55.5. Se sintió Ud. triste.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
55.6. Pensó Ud. que la gente le tenía antipatía.....	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

56. En el transcurso del año, ¿ha pasado Ud. por períodos de dos semanas o más cuando se ha sentido triste, melancólica o deprimida? Además, durante esta etapa, ¿dejó Ud. de gozar ciertas cosas que normalmente le interesaban?

<sub>0</sub> No      <sub>1</sub> Sí

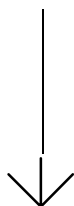
57. ¿Ha pasado Ud. por un período de dos años o más cuando se ha sentido deprimida o triste la mayoría del tiempo, aunque se haya sentido bien de vez en cuando?

<sub>0</sub> No      <sub>1</sub> Sí



57.1. ¿Se ha sentido Ud. deprimida o triste la mayoría del tiempo durante el año pasado?

<sub>0</sub> No      <sub>1</sub> Sí



**Sigue adelante a la próxima página.**



Las siguientes preguntas corresponden a su sueño. Favor de marcar una de las respuestas por cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor indique con qué frecuencia le ocurrió a Ud. esa situación durante las últimas 4 semanas.

- |  | No en las<br>últimas 4<br>semanas     | Sí, menos<br>de una vez<br>por semana | Sí, 1 o 2<br>veces por<br>semana      | Sí, 3 o 4<br>veces por<br>semana      | Sí, 5 veces<br>o más por<br>semana    |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 58. ¿Tomó Ud. alguna medicina o alcohol antes de acostarse para poder dormir? .....                          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 59. ¿Se durmió Ud. haciendo cosas tranquilas, tal como leyendo, viendo la TV, o paseando en automóvil? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 60. ¿Tomó Ud. una siesta de día? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 61. ¿Se le hizo difícil dormirse? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 62. ¿Despertó Ud. varias veces durante la noche? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 63. ¿Despertó Ud. más temprano de lo que planeó? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 64. ¿Se le hizo difícil volver a dormirse después de haber despertado muy temprano? .....                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 65. ¿Roncó Ud.? .....  | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
- No sé

66. Por lo general, ¿cómo durmió Ud. durante las últimas 4 semanas?:

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Muy tranquila                         | Tranquila                             | Regular                               | Inquieta                              | Muy inquieta                          |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |

67. Durante las últimas 4 semanas, ¿aproximadamente cuántas horas durmió Ud.?

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 5 horas<br>o menos                    | 6<br>horas                            | 7<br>horas                            | 8<br>horas                            | 9<br>horas                            | 10 horas<br>o más                     |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

**Muchas mujeres dicen que se les escapa la orina. Las siguientes preguntas corresponden a problemas que Ud. haya tenido respecto al escape de la orina.**

68. ¿Le ha ocurrido a Ud. algún escape pequeño de la orina, que no pudo controlar?

- <sub>0</sub> No      <sub>1</sub> Sí

**(Si su respuesta fue "No," siga adelante a la pregunta 75.)**

69. ¿Con qué frecuencia le ocurre a Ud. el escape de la orina? **(Marque un cuadro.)**

Nunca durante el año pasado	Menos de una vez por mes	Más de una vez por mes, pero menos de una vez por semana	Una vez o más por semana pero menos de cada día	Diario
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

70. ¿Cuándo le ocurre el escape de la orina? **(Marque cada respuesta que le aplique.)**

Ya no me ocurre	Cuando toso, me río, estornudo, levanto algo, me paro, o hago ejercicio	Cuando siento las ganas de orinar y no llego al baño a tiempo	Cuando duermo	Otro _____ (Favor de describir)
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**(Si su respuesta es "Ya no me ocurre," siga adelante a la pregunta 75.)**

71. Generalmente cuando ocurre, ¿cuánta orina se le escapa? **(Marque un cuadro.)**

Ninguna	Apenas se nota en la ropa interior	Se empapa la ropa interior	Se empapa hasta su ropa de vestir
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

72. ¿Qué protección usa Ud. en caso de que se le escape la orina? **(Marque cada respuesta que le aplique.)**

Ninguna	Mini-toalla sanitaria, pañuelo desechable (tisú) o toalla de papel	Toalla sanitaria menstrual o protector	Pañal, toalla, "Attends" <sup>®</sup> , "Depends" <sup>®</sup>	Otra
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

73. ¿Con qué frecuencia encuentra Ud. que el escape de la orina le limita sus actividades diarias? **(Marque un cuadro.)**

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante seguido	Muy seguido
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

74. ¿Cuánto le estorba o molesta a Ud. el escape de la orina? **(Marque un cuadro.)**

No me molesta en absoluto	Un poco molesto	Algo molesto	Muy molesto	Sumamente molesto
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Las últimas preguntas en este cuestionario corresponden a asuntos personales. Aunque las siguientes preguntas resulten delicadas y personales, son de mayor importancia. Con sus respuestas, nos ayuda Ud. a entender la salud de la mujer y nos permite investigar los tratamientos de sus problemas de salud. Tenga la seguridad de que sus respuestas se mantendrán confidenciales.

75. ¿Está Ud. casada o se encuentra en un relación íntima con otra(s) persona(s)? ..... <sub>0</sub> No <sub>1</sub> Sí
76. ¿Tuvo Ud. actividad sexual con una pareja durante el año pasado? ..... <sub>0</sub> No <sub>1</sub> Sí <sub>9</sub> Prefiero no responder
77. ¿Qué tan satisfecha está Ud. con sus actividades sexuales actuales, sean con una pareja o sola? ..... <sub>1</sub> Muy insatisfecha <sub>2</sub> Poco insatisfecha <sub>3</sub> Algo satisfecha <sub>4</sub> Muy satisfecha <sub>9</sub> Prefiero no responder
78. ¿Está Ud. satisfecha con la frecuencia de sus actividades sexuales, o prefiere más o menos actividad sexual? (Marque un cuadro.) ..... <sub>1</sub> Menos frecuencia <sub>2</sub> Satisfecha con la frecuencia actual <sub>3</sub> Más frecuencia <sub>9</sub> Prefiero no responder
79. ¿Se preocupa Ud. de que sus actividades sexuales le afecten la salud? (Marque un cuadro.) ..... <sub>1</sub> No me preocupa en absoluto <sub>2</sub> Me preocupa un poco <sub>3</sub> Me preocupa algo <sub>4</sub> Me preocupa a mucho <sub>9</sub> Prefiero no responder

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado. Anote sus comentarios aquí:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA	
Administración del Formulario	
<input type="checkbox"/>	1 Por sí misma
<input type="checkbox"/>	2 En Grupo
<input type="checkbox"/>	3 Entrevista
<input type="checkbox"/>	4 Asistencia