

Evaluación SF-BH™

Indique su sexo

Masculino/Femenino

Indique su fecha de nacimiento.

Mes

Día

Año

1. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Puedo enfrentar bien los problemas cotidianos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Me adapto rápidamente y me recupero bien de las dificultades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha hecho y efectuado un plan de acción para tratar su salud física o problemas emocionales?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. En general, diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. Actividades físicas moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf o trabajar en el jardín:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Subir varios pisos por la escalera:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto Un poco Medianamente Bastante Extremadamente

8. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ha tenido mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

10. En comparación con la de hace 3 meses, ¿cómo evaluaría su salud en general ahora? Diría que es...

Mucho mejor ahora Algo mejor ahora Más o menos la misma Algo peor ahora Mucho peor ahora

11. ¿Cuántos días faltó al trabajo, la escuela u otras actividades regulares durante las últimas 4 semanas debido a problemas relacionados con su salud?

12. Si respondió que faltó '1 o más' días debido a problemas relacionados con su salud en la pregunta 11, ¿cuántos fueron por estar hospitalizado/a?

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿más o menos con qué frecuencia solía beber alcohol?

Todos los días Casi todos los días De 3 a 4 días a la semana De 1 a 2 días a la semana Menos de una vez por semana Nunca Prefiero no contestar

14. Durante las últimas 4 semanas, en uno de los días típicos en los que tomó, ¿más o menos cuántos "tragos" con alcohol bebió? (un "trago" equivale a 12 onzas de cerveza, 4 onzas de vino, 1 1/2 onzas de licor fuerte)

8 o más tragos De 6 a 7 tragos De 4 a 5 tragos 3 tragos 2 tragos 1 trago 0 tragos Prefiero no contestar

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido pensamientos o imágenes mentales que no desaparecen?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca Prefiero no contestar

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha estado ansioso/a o preocupado/a?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

17.¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Tengo confianza en que el tratamiento/terapia me pueda ayudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.Si actualmente está en tratamiento/terapia, por favor elija las opciones que correspondan:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Creo que el profesional de salud que me atiende se preocupa por mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tengo confianza en la capacidad que tiene el profesional de salud para ayudarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El problema por el cual recibí tratamiento/terapia ha sido resuelto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor haga clic aquí si no quiere compartir los resultados de esta evaluación con el profesional de salud que lo/la atiende.

Copyright QualityMetric Incorporated, 2006
SF-BH™ is a Trademark of QualityMetric Incorporated, All Rights Reserved

Si tiene problemas para acceder su reporte, por favor llame al 1-800-572-9394. Mencione que está tratando de ver el reporte de la evaluación Magellan SF-BH™ y le ayudaremos.