

**Perfil PROMIS-29 (con discapacidad)**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Responda a cada pregunta o frase marcando una casilla por fila.**

<b><u>Funcionalidad física</u></b>		<b>Sin ninguna dificultad</b>	<b>Con un poco de dificultad</b>	<b>Con algo de dificultad</b>	<b>Con mucha dificultad</b>	<b>Incapaz de hacerlo</b>
1	¿Puede participar para satisfacer sus necesidades relacionadas con el ADL?.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2	¿Puede trasladarse (con o sin la ayuda de su asistente)? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3	¿Puede moverse por su casa o vecindario durante 15 minutos?.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4	¿Puede hacer los mandados y hacer las compras?	5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b><u>Ansiedad</u></b>						
<b>En los últimos 7 días...</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raras veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Siempre</b>
5	Sentí temor.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6	Me resultó difícil concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7	Mis preocupaciones me abrumaron .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8	Sentí intranquilidad.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b><u>Depresión</u></b>						
<b>En los últimos 7 días...</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raras veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Siempre</b>
9	Me sentí inútil .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10	Me sentí indefenso/a .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
11	Me sentí deprimido/a .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12	Me sentí sin esperanza.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b><u>Fatiga</u></b>						
<b>Durante los últimos 7 días...</b>		<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
13	Siento fatiga.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
14	Tengo dificultad para <u>empezar</u> algo porque siento cansancio.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>En los últimos 7 días...</b>						
15	En promedio, ¿cuál fue el grado de agotamiento que ha sentido? ...	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<b>En los últimos 7 días...</b>		<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
16	En promedio, ¿cuál fue el grado de fatiga que ha sentido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Perfil PROMIS-29 (con discapacidad)**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Perturbación del sueño**

**En los últimos 7 días...**

		Muy deficiente	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena
17	La calidad de mi sueño fue .....	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

**En los últimos 7 días...**

		Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
18	Mi sueño fue reparador .....	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

19	Tuve un problema con mi sueño .....	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

20	Tuve dificultad en quedarme dormido/a....	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

**Satisfacción con el rol social**

**En los últimos 7 días...**

		Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
21	Me siento satisfecho/a con la cantidad de trabajo que puedo hacer (incluya el trabajo en la casa)	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

22	Me siento satisfecho/a con mi capacidad de trabajar (incluya el trabajo en la casa)...	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

23	Me siento satisfecho/a de asumir responsabilidades regulares personales y domésticas.....	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

24	Me siento satisfecho/a con mi capacidad de completar mis rutinas diarias.....	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

**Interferencia del dolor**

**En los últimos 7 días...**

		Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
25	¿Cuánto interfirió el dolor con sus actividades diarias?.....	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

26	¿Cuánto interfirió el dolor con su trabajo en la casa?.....	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

27	¿Cuánto interfirió el dolor con su capacidad de de participar en actividades sociales?	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

28	¿Cuánto interfirió el dolor con sus tareas domésticas? .....	<input type="checkbox"/>				
		5	4	3	2	1

**Intensidad del dolor**

**En los últimos 7 días...**

29	En promedio, ¿cómo calificaría su dolor? .....	<input type="checkbox"/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Sin dolor										Peor dolor imaginable

How to score: Please add up the scores per section (each section is comprised of 4 questions). Sections in which scores are <10 points are worrisome so please address with the member if the member is willing to engage.