Perfil PROMIS-29 v1.0

Patient Name:	Date of 1	Birth:
MRN:	Date:	

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

	Funcionamiento físico	Sin ninguna dificultad	Con un poco de dificultad	Con algo de dificulta		Incapaz de hacerlo
1	¿Puede hacer tareas como usar la aspiradora o trabajar en el jardín?	5	4	3	□ d 2	1
2	¿Puede subir y bajar las escaleras a un ritmo normal?		4	3	2	1
3	¿Puede salir a caminar durante al menos 15 minutos?		4	3	2	
4	¿Puede hacer los mandados y hacer las compras?	5				
	Ansiedad En los últimos 7 días	Nunca	Raras veces	A veces	Con frecuencia	Siempre
5	Sentí temor	5	4	3	2	1
6	Me resultó difícil concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad	5	4	3	2	1
7	Mis preocupaciones me abrumaron		4	3		1
8	Sentí intranquilidad	□ 5	4	3		1
	Depresión En los últimos 7 días	Nunca	Raras veces	A veces	Con frecuencia	Siempre
9	Me sentí inútil	5	4	3	2	1
10	Me sentí indefenso/a	5	4	3	2	1
11	Me sentí deprimido/a	5	4	3	2	1
12	Me sentí sin esperanza Fatiga	5	4	3	2	1
	Durante los últimos 7 días	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
13	Siento fatiga	5	4	3		
14	Tengo dificultad en empezar	Ğ	Ō	Ď		
	algo porque siento cansancio	5	4	3	2	1
15	En los últimos 7 días En promedio, ¿cuál fue el grado de agotamiento que ha sentido?	5		3	2	
	En los últimos 7 días	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
16	En promedio, ¿cuál fue el grado de fatiga que ha sentido?	5	4	3	2	1

Perfil PROMIS-29 v1.0

Patient Name:		Date of Birth:		
MRN:	Date:			

	<u>Perturbación del sueño</u> En los últimos 7 días	Muy deficient	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena
17	La calidad de mi sueño fue					5
	En los últimos 7 días	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
18	Mi sueño fue reparador	1		3	4	5
19	Tuve un problema con mi sueño	🛘 5	4	3	2	1
20	Tuve dificultad en quedarmedormido/a		_ i			Image: control of the
	Satisfacción con el rol social	5	4	3	2	1
	En los últimos 7 días	Para nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
21	Me siento satisfecho/a de la cantidad de trabaj que puedo hacer (incluso el trabajo en mi casa			3	4	□ 5
22	Me siento satisfecho/a de mi capacidad					
	de trabajar (incluso trabajar en mi casa)	1	2	3	4	5
23	Me siento satisfecho/a de asumir responsabilidades regulares personales y domésticas	1	2	3	4	5
24	Me siento satisfecho/a de mi capacidad de completar mis rutinas diarias		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?	5	4	3	2	1
26	¿Cuánto interfirió el dolor					
	con su trabajo en la casa?		4	3	2	1
27	de participar en actividades sociales?	ш				
		5	4	3	2	1
28	¿Cuánto interfirió el dolor con sus tareas domésticas?		4	3	2	
	<u>Intensidad del dolor</u> En los últimos 7 días	5	4	3	2	
29	En promedio, ¿cómo	1 2	3 4	5 6	7 8 9	10 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.