



Cuestionario anual de bienestar

Sección 1: COA

1. Situación de empleo
 - Empleado
 - Jubilado
 - Médicamente incapacitado para trabajar
 - Desempleado

2. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para pagar la comida?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - A veces
 - A menudo
 - Todo el tiempo

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para pagar los medicamentos?
 - Nunca
 - Ocasionalmente
 - A veces
 - A menudo
 - Todo el tiempo

4. ¿Tiene dificultades para encontrar o conservar una vivienda?
 - Sí
 - No

5. ¿Hace ejercicio durante unos 20 minutos 3 o más veces a la semana?
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, algunas veces
 - No, no suelo hacer tanto ejercicio

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor corporal ha tenido?
 - Sin dolor
 - Dolor muy leve
 - Dolor leve
 - Dolor moderado
 - Dolor intenso

7. ¿Dónde está la ubicación de su dolor?
 - Cabeza
 - Hombro(s)



Cuestionario anual de bienestar

- Cuello/espalda
- Brazo(s)
- Pierna(s)
- Rodilla(s)
- Cadera(s)
- Mano(s)/dedo(s)
- Otros _____

8. En una escala de 0 a 10 (en la que 0 es ausencia de dolor), ¿cuál es la intensidad de su dolor?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

9. ¿Utiliza un dispositivo auxiliar para caminar?

- Ninguno
- Bastón
- Andador
- Silla de ruedas

10. ¿Con qué frecuencia utiliza su dispositivo auxiliar?

- No uso ningún dispositivo
- Todo el tiempo
- Con bastante frecuencia
- A veces
- Rara vez
- Nunca

11. ¿Tiene alguna discapacidad auditiva que requiera un material especial?

- Sí
- No

12. ¿Tiene dificultad para ver y reconocer un objeto a la distancia del brazo o dificultad para leer?

- Sí
- No



Cuestionario anual de bienestar

13. ¿Tiene dificultades para iniciar y mantener una conversación?
- Sí
 - No
14. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo problemas para pensar, recordar o tomar decisiones?
- En absoluto
 - Rara vez
 - A veces
 - A menudo
 - La mayoría de las veces
15. ¿Tiene problemas con alguna de las siguientes acciones?
- Transporte
 - Compras
 - Aseo o baño
 - Preparar las comidas
 - Tareas domésticas
 - Comer sin ayuda
 - Desplazarse por su casa
16. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido problemas con alguna de las siguientes acciones?
- Problemas sexuales
 - Problemas para comer bien
 - Dientes o prótesis dentales
 - Uso del teléfono
 - Cansancio o fatiga



Cuestionario anual de bienestar

Sección 2: HOS

17. ¿Hace ejercicio durante unos 20 minutos 3 o más veces a la semana?

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, algunas veces
- No, no suelo hacer tanto ejercicio

18. ¿Se ha caído 2 o más veces en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

19. ¿Tiene miedo de caerse?

- Sí
- No

20. ¿Tiene algún problema de control de la vejiga o de pérdidas de orina?

- Sí



Cuestionario anual de bienestar

Sección 3: Cuestionario de bienestar

21. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente

22. ¿Consumo productos derivados del tabaco?

- No
- Sí, pero podría estar dispuesto a dejarlo
- Sí, y no estoy dispuesto a dejarlo

23. ¿Ha acudido a urgencias 2 o más veces en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

24. ¿Ha sido ingresado en el hospital en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

25. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para tomar los medicamentos de la forma en que se los han indicado?

- No tomo medicamentos
- Siempre los tomo según lo prescrito
- A veces los tomo según lo prescrito
- Rara vez los tomo según lo prescrito

26. ¿Tiene dificultades para manejar su auto?

- Sí, a menudo
- A veces
- No, nunca
- No manejo un auto

27. ¿Tiene algún problema de control de la vejiga o de pérdidas de orina?

- Sí
- No

28. ¿Tiene alguna instrucción previa?

- Instrucciones previas
- Testamento vital
- Orden médica de actuación/no reanimación
- Sustituto de la atención sanitaria designado



Cuestionario anual de bienestar

29. ¿Ha tenido alguna vez una apoplejía?

No

Sí

En caso afirmativo, ¿tiene algún efecto secundario residual?

Deterioro de la cara

Debilidad o entumecimiento de brazos o extremidades

Dificultades visuales

Deterioro del habla o mala pronunciación

30. ¿Tiene una prótesis articular?

Rodilla

Cadera

Otra

Ninguna

En caso afirmativo, ¿tiene algún dolor en la articulación sustituida?

Sí

No

31. ¿Le han diagnosticado alguna vez EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)?

No

Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última prueba respiratoria (espirometría)?

En el último año

Hace más de un año

No lo sé

Nunca me he hecho esta prueba

32. ¿Recibe oxigenoterapia?

Sí

No

33. ¿Tiene un miembro amputado?

Ninguno

Por encima de la rodilla (derecha)

Por encima de la rodilla (izquierda)

Por debajo de la rodilla (derecha)

Por debajo de la rodilla (izquierda)

Dedo(s) del pie

Pie(s)

Tobillo



Cuestionario anual de bienestar

34. ¿Le han diagnosticado diabetes?

No

Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su último examen ocular con dilatación?

En el último año

Hace más de un año

No lo sé

Nunca me he sometido a este examen

¿Cuándo le examinaron los pies por última vez?

En el último año

Hace más de un año

No lo sé

Nunca me he sometido a este examen

¿Está tomando medicación para controlar su colesterol?

Sí

No

¿Tiene entumecimiento u hormigueo en los miembros inferiores o en los pies?

Sí

No