

## Sección 1: COA

1. Situación laboral
  - Empleado
  - Jubilado
  - Incapacidad médica
  - Desempleado
  
2. En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos antes de recibir dinero para comprar más?
  - Sí
  - No
  
3. En los últimos 12 meses, ¿los alimentos que compró no le duraron lo suficiente y no tenía dinero para comprar más?
  - Sí
  - No
  
4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultades para pagar la medicación?
  - Nunca
  - Ocasionalmente
  - Algunas veces
  - A menudo
  - Siempre
  
5. ¿Tiene vivienda?
  - Sí
  - No
  
6. ¿Le preocupa perder su vivienda?
  - Sí
  - No
  
7. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún familiar con el que convive no ha podido obtener los suministros (calefacción, electricidad) cuando eran realmente necesarios?
  - Sí
  - No
  
8. ¿Se siente seguro física y emocionalmente en su vivienda actual?
  - Sí
  - No

## Cuestionario anual de bienestar

9. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o dañado físicamente de alguna forma?
- Sí
  - No
10. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido humillaciones o abuso emocional de otro modo por su pareja o expareja?
- Sí
  - No
11. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor corporal ha sentido?
- Nada de dolor
  - Dolor muy leve
  - Dolor leve
  - Dolor moderado
  - Dolor intenso
12. ¿Dónde se localiza el dolor?
- Cabeza
  - Hombro(s)
  - Cuello/espalda
  - Brazo(s)
  - Pierna(s)
  - Rodilla(s)
  - Cadera(s)
  - Mano(s)/dedo(s)
  - Otro \_\_\_\_\_
13. En una escala de 0-10 (0 es ausencia de dolor), ¿cómo de intenso es el dolor?
- 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10

14. ¿Utiliza algún aparato auxiliar para caminar?

- a.  Sí
- No
  
- a. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de dispositivo utilizas?
  - Bastón
  - Andador
  - Silla de ruedas
  - Otra
  
- b. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia lo utiliza?
  - Siempre
  - Muy a menudo
  - Algunas veces
  - Rara vez
  - Nunca

15. ¿Sufre de alguna pérdida auditiva que requiera de un dispositivo especial?

- Sí
- No

16. ¿Tiene dificultad para ver y reconocer un objeto a la distancia de la longitud de un brazo o dificultad para leer?

- Sí
- No

17. ¿Tiene dificultad para entablar y concentrarse en una conversación?

- Sí
- No

18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar, recordar o tomar decisiones?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- A menudo
- La mayoría de las veces

19. Tiene algún problema con:

- Transporte
- Compras
- Asear o bañarse

## Cuestionario anual de bienestar

- Preparar comidas
  - Labores domésticas
  - Comer sin ayuda
  - Desplazarse por su casa
20. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a sus citas médicas, obtener medicinas, citas o encuentros fuera del ámbito médico, trabajo u obtener productos que necesitaba?
- Sí
  - No
21. ¿Tiene dificultades al conducir en coche?
- Sí, con frecuencia
  - Algunas veces
  - No, nunca
  - No conduzco coche
22. En las últimas 4 semanas, ha tenido problemas de tipo:
- Problemas sexuales
  - Problemas para comer bien
  - Dentales o de dentadura postiza
  - Al usar el teléfono
  - Cansancio o fatiga

## Sección 2: HOS

23. ¿Hace ejercicio durante 20 minutos 3 o más veces por semana?
- Sí, la mayoría de las veces
  - Sí, algunas veces
  - No suelo hacer esta cantidad de ejercicio
24. ¿Se ha caído 2 veces o más en los últimos 12 meses?
- Sí
  - No
25. ¿Le preocupa caerse?
- Sí
  - No
26. ¿Tiene algún problema para controlar la uretra o pérdidas de orina?
- Sí
  - No

## Sección 3: Bienestar

27. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

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

- Sí
- No

29. ¿Ha sido ingresado en un hospital en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

30. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para tomar sus medicamentos en la forma en la que se le ha prescrito?

- No tomo medicamentos
- Siempre tomo mis medicamentos como se me prescriben
- A veces tomo mis medicamentos como se me prescriben
- Rara vez tomo mis medicamentos como se me prescriben

31. ¿Tiene usted voluntades anticipadas?

- Testamento vital
- Orden médica ejecutable/no reanimación
- Designación de un representante

32. ¿Ha sufrido alguna vez un ataque cerebral?

- Sí
- No

a. En caso afirmativo, ¿padece secuelas?

- Parálisis facial
- Debilidad o adormecimiento de brazo o miembro
- Problemas de la vista
- Deterioro del habla o arrastrar palabras

33. ¿Tiene alguna prótesis articular?

- Sí
- No

a. En caso afirmativo, ¿Qué articulaciones han sido reemplazadas?

- Rodilla
- Cadera
- Otra

b. En caso afirmativo, ¿sufre de algún dolor en la articulación reemplazada?

- Sí
- No

34. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)?

- Sí
- No

a. En caso afirmativo – ¿cuándo se realizó la última prueba de función pulmonar (espirometría)?

- En el último año
- Hace más de un año
- No lo sé
- Nunca me he realizado esta prueba

35. ¿Está en tratamiento de oxigenoterapia?

- Sí
- No

36. ¿Tienes algún miembro amputado?

- Sí
- No

a. Si tiene algún miembro amputado ¿Experimenta sensación en el miembro como si estuviera presente?

- Sí
- No

37. ¿Le han diagnosticado diabetes?

- Sí
  - No
- a. En caso afirmativo – ¿cuándo fue la última vez que se hizo un examen de dilatación de pupilas?
- En el último año
  - Hace más de un año
  - No lo sé
  - Nunca me he realizado este examen
- b. En caso afirmativo – ¿cuándo fue la última vez que le examinaron los pies?
- En el último año
  - Hace más de un año
  - No lo sé
  - Nunca me he realizado este examen
- c. En caso afirmativo – ¿toma medicación para controlar el colesterol?
- Sí
  - No
- d. En caso afirmativo – ¿siente adormecimiento u hormigueo en sus extremidades inferiores o en los pies?
- Sí
  - No