CLINIC OLÉ.

**Date __/__/___Name_____ Phone (  )_____ File #_____**

**Crisis did not complete ☐ Refused.....☐**

## Health Related Quality of Life - Spanish

1. Usted diría que en general su salud es:

***Please read to patient***

| Excelente | Muy Buena | Buena | Mas o Menos | Mala |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

***Do Not Read.***

| Don't know/not sure |
|---|
| 7 7 |
| Refused |
| 9 9 |

2. Usted diría que en general su vida es:

***Please read to patient***

| Excelente | Muy Buena | Buena | Mas o Menos | Mala |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Don't know/not sure |
|---|
| 7 7 |
| Refused |
| 9 9 |

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre como se ha sentido durante este ultimo mes. Favor de contestar lo mejor que pueda.

3. ¿Cuantos días tuvo problemas de impedimentos físicos? # _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

4. ¿Cuantos días sintió dolor? # ____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

5. ¿Cuantos días se sintió con estrés? # _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

6. ¿Cuantos días se sintió muy sano y lleno de energía ?
# _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

7. ¿Cuantos días se sintió triste, melancólico o deprimido?
# _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

8. ¿Cuantos días se sintió preocupado tenso o ansioso?
# _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

9. ¿Cuantos días sintió que no descanso o durmió lo suficiente?
# _____

| None | Don't know/not sure | Refused |
|---|---|---|
| 88 | 77 | 99 |

10.¿De lo anteriormente mencionado hubo alguna vez que detuvo sus actividades diarias tales como el cuidado personal, trabajo o recreación?

| Si | No | No Se/No Estoy Seguro | Refused |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 7 | 9 |

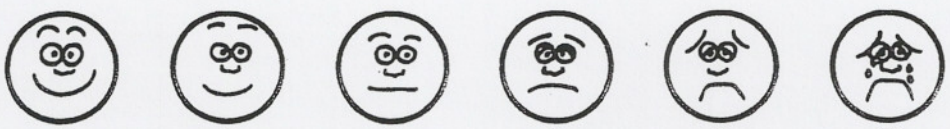
11. ¿De las cosas mencionadas, cual de todas es la mas seria?
***Do Not Read.*** *Code* ***Only One*** *Category.*

a. Arthritis/rheumatism 0 1
b. Back or neck problem 0 2
c. Fractures, bone/joint injury 0 3
d. Walking problem 0 4
e. Lung/breathing problem 0 5
f. Hearing problem 0 6
g. Eye/vision problem 0 7
h. Heart problem 0 8
i. Stroke problem 0 9
j. Hypertension/high blood pressure 1 0
k. Diabetes 1 1
l. Cancer 1 2
m. Depression/anxiety/emotional prob. 1 3
n. Other impairment/problem 1 4

Don't know/not sure 7 7
Refused 9 9

12. ¿Por cuanto tiempo han sido sus actividades limitadas en resultado de su problema?
***Do Not Read. Code using respondent's unit of time.***

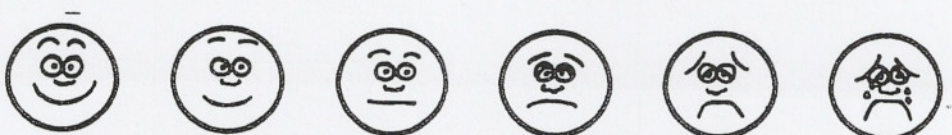
| | | |
|---|---|---|
| a. # of Days | __ | 1 |
| b. . # of Weeks | ___ | 2 |
| c. . # of Months | __ | 3 |
| d. . # of Years | __ | 4 |
| Don't know/Not sure | | 7 7 7 |
| Refused | | 9 9 9 |



0 NO HURT | 2 HURTS LITTLE BIT | 4 HURTS LITTLE MORE | 6 HURTS EVEN MORE | 8 HURTS WHOLE LOT | 10 HURTS WORST

INSTRUCTIONS: Each face is for a person who feels happy because he/she has no pain (hurt) or sad because he/she has some or a lot of pain.

Adapted from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.



0 NO HURT | 2 HURTS LITTLE BIT | 4 HURTS LITTLE MORE | 6 HURTS EVEN MORE | 8 HURTS WHOLE LOT | 10 HURTS WORST

## Formulario de Permiso Para Compartir Información

**Propósito**: Se le esta pidiendo participar en una encuesta, por la cual se aprenderá sobre su satisfacción con los servicios ofrecidos por la Clínica Ole.

**Procedimientos:** Si esta de acuerdo con participar, se le comunicara por teléfono en aproximadamente 2 meses para completar una encuesta corta de aproximadamente 5 minutos sobre su satisfacción con los servicios que ha recibido en la Clínica Ole.

**Riesgos:** La participación en esta encuesta es completamente voluntaria. No hay riesgos asociados por su participación. La información que comparta no afectará ningún servicio que recibe por parte de la Clínica Ole.

**Beneficios:** Con participar en esta encuesta, tendrá la oportunidad de hablar sobre sus experiencias con los servicios que ha recibido en la Clínica Ole.

**La información es anónima y confidencial:** Sus respuestas y comentarios son anónimos y confidenciales, y no se divulgarán en asociacion con su nombre. Ademas, este formulario con su firma se guardará separado de su encuesta, asi que nadie podrá hacer una conexión entre este formulario y sus respuestas.

Si esta de acuerdo con participar en esta encuesta, su nombre y número de teléfono, y el nombre y número de teléfono de una persona que sabrá como contactarle en 2 meses. La encuesta se entregara a una agencia no-lucrative que hace estudios rurales. Ellos se comunicarar con usted dentro de 2 meses.

*He leido la información proporcionada arriba, y todas mis preguntas han sido contestadas. De una forma voluntario.*

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Nombre | Fecha | File # |

Otre persona de contacto que sepa como comunicarse con usted:

| _____ | _____ |
|---|---|
| Nombre | Numero de Teléfono |