

Cuestionario de Evaluación de Salud

Consentimiento Informado para Participar en Estudio Reumatológico

El siguiente cuestionario de Salud sirve para ayudar a su médico a entender como la artritis afecta sus habilidades y capacidades, por favor complete todas las preguntas en las páginas que siguen. Trate de responder cada pregunta aún cuando considere que no se relaciona con lo que a usted le sucede en éste momento. No existen respuestas correctas o erróneas. Por favor responda exáctamente lo que piense o sienta.

Si es la primera vez que completa éste cuestionario de salud, por favor lea con detenimiento la siguiente información y proveáenos con su consentimiento si así lo considera y no olvide proveer la información necesaria en página 2, antes de continuar completando éste cuestionario. Si ya lo hizo anteriormente por favor vaya directamente a página 3.

Para que éste cuestionario sea procesado por una computadora y la información proporcionada a su médico, necesitamos su aprobación y consentimiento, su Nombre y Apellido y una Dirección o alguna otra identificación personal. Usted proveerá ésta información una sólo vez. En sucesivos cuestionarios que usted complete, únicamente necesitará brindarnos sus iniciales y fecha de nacimiento para poder identificarlo en nuestra base de datos.

Si usted acepta en participar en éste estudio, su información será mantenida absolutamente confidencial en una base de datos (computadora) y brindada luego a su médico para un mejor cuidado y entendimiento de su enfermedad. Excepto para su médico y los empleados directos de la Base Nacional de Datos, ninguna otra persona podrá acceder a su información personal. En el futuro usted podrá recibir una invitación para participar en un estudio nacional sobre Artritis y que requiere completar otros cuestionarios cada 6 meses. Si decide no participar, su decisión no afectará la calidad de su cuidado médico.

Estoy totalmente de acuerdo en que mi cuestionario sea analizado y procesado por el centro nacional de artritis y que posteriormente, esos datos sean puestos a disposición de mi médico. También entiendo que mi cuidado médico no se afectará si decido no responder a éste o a cualquier otro futuro cuestionario y que toda mi información personal continuará siendo estrictamente confidencial. Si mi respuesta es negativa, éste cuestionario, permanecerá en la historia clínica de mi reumatólogo.

Uso de su Información Médica: Mediante su firma en éste formulario usted está autorizando la utilización y acceso de toda su información médica que sea recolectada en conexión con su participación en éste estudio de investigación. Dicha información será utilizada en acuerdo con las provisiones del consentimiento informado y según se aplique por ley correspondiente. Si decide terminar con su participación en el estudio, usted puede revocar su autorización en cualquier momento, excepto que una ley nos autorice a continuar utilizando su información.

Qué información será utilizada? Toda la información relacionada con su salud y provista por usted en éste estudio, incluyendo pero no limitada a su historia médica, síntomas, tratamientos, efectos adversos, hospitalizaciones, infecciones e historia laboral. Adicionalmente, la información médica de los registros hospitalarios o de su médico, también podrá ser utilizada para clarificar información provista o brindada por usted.

Quiénes pueden usar su información médica? Las siguientes partes están autorizadas a utilizar su información médica en conexión con éste estudio de investigación: 1) El director médico de la Base Nacional de Datos para Enfermedades Reumáticas, Dr. Frederick Wolfe y el personal autorizado de la misma organización. 2) Un comité examinador legalmente constituido cargo para proteger los temas humanos de seguridad en la investigación médica, llamada Via Christi Internal Review Board (IRB).

Quiénes pueden recibir y utilizar ésta información?* Las partes anteriormente mencionadas pueden facilitar su información médica a las siguientes personas y organizaciones para su uso en conexión con éste estudio de investigación: 1) Investigadores Médicos calificados de otras Universidades 2) La Administración Nacional de Drogas y Alimentos 3) Patrocinadores de Estudios de Investigación. 4) Su reumatólogo o médico personal 5) Un comité examinador legalmente constituido cargo para proteger los temas humanos de seguridad en la investigación médica, llamada Via Christi Internal Review Board (IRB).

*Su información puede ser facilitada nuevamente si las partes arriba mencionadas no requieren por ley proteger la privacidad de la información.

Su acceso a información de Investigación: A usted no se le permitirá ver o realizar copias de los registros de la Base Nacional de Datos.

Puedo ser identificado personalmente? No, con posible 3 excepciones. 1) Podemos compartir información identificatoria con su reumatólogo o médico si, por ejemplo, contactamos a sus médicos para clarificar información que usted nos brindó. 2) Si su información es requerida por un consejo de revisión legalmente constituido y encargado de la protección de personas involucradas en investigación médica 3) Si es ordenado por la Justicia o una Corte.

Toda identificación personal identificatoria (Nombres y apellido, dirección, número de seguro social, etc) será removida de cualquier información utilizada por: 1) Otros Investigadores en otras Universidades 2) La Administración Nacional de Drogas y Alimentos y 3) Patrocinadores de Estudios de Investigación

Su autorización para el uso y acceso de su información médica continuará indefinidamente. Sin embargo, usted puede discontinuar su participación en éste estudio cuando así lo desee.

Participaré en el Proyecto de Investigación sobre Artritis

Firma del Paciente

Fecha

Página 1



1010

30914



CUESTIONARIO DE EVALUACION CLINICA DEL ESTADO DE SALUD

Iniciales: **Fecha de Nacimiento:** **Nombre y Apellido**

mes
 /
 día
 /
 año

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

Fecha de su Visita al Médico: mes / día / año

Puede Usted:

¿Vestirse sólo/a incluyendo atarse o amarrarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?

¿Lavarse el cabello?

¿Levantarse de una silla sin ayudarse con las brazos?

¿Acostarse y levantarse de la cama?

¿Cortar la carne?

¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevarselos a la boca?

¿Abrir un cartón o caja de leche?

¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?

¿Subir 5 (cinco) escalones?

	Sin Dificultad	Con Algo De Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
¿Vestirse sólo/a incluyendo atarse o amarrarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantarse de una silla sin ayudarse con las brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevarselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir un cartón o caja de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Subir 5 (cinco) escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE GENERALMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

- Bastón
 Muletas
 Andador
 Silla de ruedas
 Cubiertos especiales o adaptados
 Silla especial adaptada
 Elementos que usa para vestirse (abrochador de botones, tomas para cierres, calzador de zapatos)
 Otros (Aclarar) _____

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA LA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)

- Vestirse y Arreglarse
 Levantarse
 Comer
 Caminar

En este momento, ¿Puede usted.....

Subir rápidamente las escaleras?

Limpiar un patio?

Mover objetos pesados?

Sostener objetos pesados?

Esperar de pie en una fila durante 15 minutos?

	Sin ninguna Dificultad	Con alguna Dificultad	Con mucha Dificultad	No puedo Hacerlo
Subir rápidamente las escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mover objetos pesados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostener objetos pesados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar de pie en una fila durante 15 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuánto dolor ha tenido por su enfermedad en la última semana? Por favor marque con una "X" en un cuadro para indicar cuánto dolor ha tenido.

0
 Ningún Dolor

100

Mucho dolor, 100 es el máximo dolor que puede sentir o que ha sentido

¿Ha tenido algún problema en su estómago la semana pasada? (Por ejemplo: náusea, acidez, dolor, etc.) Por favor ponga una "X" en un cuadro para indicar cómo se siente por su problema de estómago.

Ningún Problema de Estómago
 0

100

El Problema de Estómago es muy serio



Considerando todas las formas en que la enfermedad lo/a afecta, como diría que se siente? Por favor coloque una X en la línea de abajo que mejor describa su estado o cómo se siente en una escala de 0 a 10.

Me siento muy bien **0** **100** Me siento muy mal

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

Puede Usted:	Sin Dificultad	Con Algo De Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
¿Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bañarse en la banera o tina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sentarse y levantarse del escusado(inodoro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alcanzar y bajar un objeto de 5 libras (lbs o pounds) como 2 bolsas de azúcar desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Agacharse para levantar o recoger ropa del piso o suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir las puertas de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir frascos, no por primera vez sino que ya hayan sido abiertos previamente o destapar un frasco con rosca no muy apretada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir y cerrar el grifo o la llave del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar (abrir objetos o hacer tareas domesticas) Si no utiliza ninguno simplemente NO marque nada.

- Barra en la bañadera/bañera Asiento elevado de inodoro o retrete Abridor de frascos
- Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos Adaptaciones con mango largo en el baño
- Otros(aclarar) _____

POR FAVOR MARQUE EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ayuda simplemente NO marque nada)

- Higiene Alcanzar objetos Agarrar y abrir cosas Mandados y tareas domésticas

¿Es el cansancio o agotamiento un problema importante en su vida?
Ponga una "X" en un cuadro de abajo para indicar cuán importante es su fatiga.

No es un problema **0** **100** Es un problema muy importante

PARA USO MEDICO

VSG: _____ mm/hr PCR: _____ mg/dl mg/L

Número de Articulaciones: Inflamadas _____ Dolorosas _____ Cuál conteo articular fué utilizado? 28 32-34 68 Other _____

Cuál es su Diagnóstico si no tiene Artritis Reumatoide: _____



Por favor trate de responder a las siguientes preguntas y no se olvide de colocar una X en el cuadro que corresponde a su respuesta.

DURANTE EL MES PASADO:

	Siempre	Muy a menudo	Bastante a menudo	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. ¿Con qué frecuencia disfrutó de las cosas que hace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia se sintió tenso o desesperado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia le costó trabajo calmarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia se sintió relajado y sin preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia pensó que nada le salía bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y en paz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Con qué frecuencia pensó que sus familiares o amigos estarían mejor si usted muriese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Con qué frecuencia se tranquilizó sin dificultad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Con qué frecuencia se sintió tan triste que nada le animaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

