



## HCHS/SOL SF-12v2™ Health Survey\_Spanish

|            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ID NUMBER: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

FORM CODE: SFS  
VERSION: A 8/28/07

Contact  
Occasion

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

SEQ #

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Acrostic:

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Month                |                      |   | Day                  |                      |   | Year                 |                      |                      |                      |

0b. Staff ID:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

*Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y que bien puede hacer usted sus actividades. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.*

1. En general, ¿diría que su salud es:

Excelente 1 ☐ Muy buena 2 ☐ Buena 3 ☐ Pasable 4 ☐ Mala 5 ☐

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita  
mucho

Sí, me limita  
un poco

No, no me  
limita en  
absoluto

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling, o al golf, o trabajar en el jardín

1 ☐

2 ☐

3 ☐

b. Subir **varios** pisos por la escalera

1 ☐

2 ☐

3 ☐

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

Siempre

Casi  
siempre

Algunas  
veces

Casi  
nunca

Nunca

a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

|            |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                     |  |  |       |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|---------------------|--|--|-------|--|--|
| ID NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: SFS<br>VERSION: A 8/28/07 | Contact<br>Occasion |  |  | SEQ # |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|---------------------|--|--|-------|--|--|

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

|                                                                          | Siempre                    | Casi siempre               | Algunas veces              | Casi nunca                 | Nunca                      |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultad el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- Nada en absoluto 1 ☐  
 Un poco 2 ☐  
 Medianamente 3 ☐  
 Bastante 4 ☐  
 Extremadamente 5 ☐

6. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

|                                          | Siempre                    | Casi siempre               | Algunas veces              | Casi nunca                 | Nunca                      |
|------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Se ha sentido tranquilo y sosegado?   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Ha tenido mucha energía?              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. Se ha sentido desanimado y deprimido? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- Siempre 1 ☐  
 Casi siempre 2 ☐  
 Algunas veces 3 ☐  
 Casi nunca 4 ☐  
 Nunca 5 ☐