

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE PARA ADULTOS (HAQ)

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)				
Por favor, señale la respuesta que mejor describe sus habilidades habituales en la semana pasada:				
Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de ...	Sin dificultad 0	Con alguna dificultad 1	Con mucha dificultad 2	Incapaz de hacerlo 3
VESTIRSE Y ASEARSE				
-vestirse sólo, incluyendo abrocharse los Botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEVANTARSE				
-levantarse de una silla sin 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"/>
COMER				
-cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMINAR				
-caminar fuera de casa por terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente para alguna de estas actividades:				
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Dispositivos utilizados para vestirse (gancho de botón, tirador de cremallera, calzador, etc.)			
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Utensilios o dispositivos especiales			
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Sillas especiales o dispositivos para caminar			
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Otros (especificar: _____)			
Por favor, señale para qué actividades necesita habitualmente la -AYUDA DE OTRA PERSONA:				
<input type="checkbox"/> Vestirse y asearse	<input type="checkbox"/> Comer			

Levantarse

Caminar

Por favor, señale la respuesta que mejor describe sus habilidades habituales en la semana pasada:

Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de ...	Sin dificultad 0	Con alguna dificultad 1	Con mucha dificultad 2	Incapaz de hacerlo 3
HIGIENE				
-lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALCANZAR				
-coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRENSIÓN				
-abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS ACTIVIDADES				
-hacer los recados y las 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 como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente para cualquier actividad:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiento alto para el retrete | <input type="checkbox"/> Barra especial para la bañera |
| <input type="checkbox"/> Asiento especial para el baño | <input type="checkbox"/> Aparato de mango largo para alcanzar |
| <input type="checkbox"/> Abridor (para tarros previamente abiertos) | <input type="checkbox"/> Aparato de mango largo en el baño |
| | <input type="checkbox"/> Otros (especificar _____) |

Por favor, señale para qué actividades necesita habitualmente la -AYUDA DE OTRA PERSONA:

Higiene

Abrir y cerrar cosas (prensión)

Alcanzar

Recados y tareas

También estamos interesados en saber si usted tiene dolor o no debido a su enfermedad.

¿Cuánto dolor ha tenido debido a su enfermedad en la ÚLTIMA SEMANA?:

COLOCAR UNA MARCA VERTICAL EN LA LÍNEA PARA INDICAR LA GRAVEDAD DEL DOLOR

SIN DOLOR

DOLOR MÁXIMO

0

100