



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____		M.O.
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - SPANISH/ESPAÑOL

Instrucciones

Las siguientes diez preguntas solicitan información acerca de cómo usted se ha estado sintiendo en las **últimas cuatro semanas**. Por cada pregunta, marque el círculo debajo de la posibilidad que mejor describe la cantidad de tiempo en que usted se ha sentido de esa manera.

	Nunca	Un poco	A veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió cansado/a sin tener una buena razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan nervioso/a que nada lo podía calmar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desesperado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió intranquilo/a o inquieto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan intranquilo/a al punto de no poderse calmar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia sintió que todo era un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan triste que nada podía animarlo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sírvase dar vuelta la hoja para continuar



SMR060985

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - SPANISH/ESPAÑOL

SMR060.985



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Las siguientes preguntas son acerca de cómo estas emociones pueden haberlo afectado en las **últimas cuatro semanas**.

Usted no necesita responder estas preguntas si respondió "nunca" en **todas** las diez preguntas acerca de sus emociones.

11. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días estuvo **TOTALMENTE INCAPAZ** de trabajar, estudiar o mantener sus actividades diarias debido a estas emociones? (Número de días)

12. [Fuera de esos días], en las últimas cuatro semanas, ¿**CUANTOS DÍAS** fue capaz de trabajar, estudiar o mantener sus actividades diarias, pero tuvo que **REDUCIR** lo que estaba haciendo debido a estas emociones? (Número de días)

13. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántas veces ha visto un doctor/a o cualquier otro profesional de la salud debido a estas emociones? (Número de consultas)

14. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia los problemas de salud física han sido la mayor causa de estas emociones?

Nunca

Un poco

A veces

La mayor parte del tiempo

Todo el tiempo

Gracias por completar este cuestionario.

Por favor devuélvalo al trabajador que le ha pedido completarlo.

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:

.....

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

