



FORMULARIO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA INTEGRAL DE ARTRITIS REUMATOIDEA ADULTO

Evaluación de salud (HAQ)

Con este cuestionario se desea conocer en que medida su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

Marque la respuesta que mejor describa el **grado de dificultad que experimentó** para hacer las cosas **durante la semana pasada**.

Fecha: ___/___/___/	HAQ	Normal	I - Leve	II - Moderada	III - Severa	Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo
Levantarse									
¿Ud. puede levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede entrar y salir de la cama?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene									
¿Ud. puede lavarse y secarse su cuerpo?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede bañarse en la bañera?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede sentarse y levantarse del inodoro?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse y Arreglarse									
¿Ud. puede vestirse solo/a, incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede lavarse el cabello?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar									
¿Ud. puede caminar fuera de su casa sobre un terreno plano?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede subir 5 escalones?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer									
¿Ud. puede cortar la carne?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede abrir un cartón de leche?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar									
¿Ud. puede alcanzar y bajar un objeto de 2 Kg. desde una altura por encima de su cabeza?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede agacharse para levantar la ropa del piso?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarrar									
¿Ud. puede abrir las puertas de un auto?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede abrir y cerrar canillas?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades									
¿Ud. puede hacer mandados o ir de compras?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede entrar y salir del auto?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. puede hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar el patio?						▶ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y sello del profesional