

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 05 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



# 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"/>	<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:   /   /

Month                      Day                      Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** The standard missing value, "=", can be used where single items are permanently missing or 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<br>limita<br>mucho  | Sí, me<br>limita<br>un poco | No, no<br>me limita<br>en absoluto |
| a. <b>Actividades moderadas</b> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling, o al golf, o trabajar en el jardín | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/>         |
| b. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/>         |

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 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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 triste?	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