

Durante las pasadas 4 semanas, ¿usted ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias como resultado de cualquier problema emocional (tal como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

6. ¿Lleva a cabo menos de lo que usted quisiera?

1\Sí 2\No

7. No trabajó o realizó otras actividades tan cuidadosamente como usted acostumbra

1\Sí 2\No

8. Durante las pasadas 4 semanas, ¿cuánto interfirió el dolor con su trabajo normal (incluyendo ambos trabajos: dentro y fuera de la casa)?

Para nada Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

Para cada pregunta, por favor de la respuesta que este mas cerca de la manera en que se ha estado sintiendo.

¿Cuánto tiempo de las últimas 4 semanas?	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Un buen tiempo	Algo de tiempo	Muy poquito tiempo	En ningún momento
9. ¿Se ha sentido calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se ha sentido triste o desamparado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Qué tanto tiempo interfirieron sus problemas emocionales o su estado físico con sus actividades sociales(así como visitando amistades, miembros de la familia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entrevistador/a: _____ Fecha: _____