



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE SALUD (MDHAQ)

Responda las preguntas 1, 2 y 6 del Cuestionario de evaluación multidimensional de salud (Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire, MDHAQ, pronunciado em-di-JAC) para calcular su puntaje de RAPID3 y actividad de la artritis reumatoide (RA).

9. Marque (✓) si usted ha experimentado alguna de las siguientes durante el último mes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Bulto en la garganta | <input type="checkbox"/> Parálisis de brazos o piernas |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso (>10 lb) | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Adormecimiento u hormigueo de brazos o piernas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso (>10 lb) | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Sentirse enfermo | <input type="checkbox"/> Silbidos | <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos |
| <input type="checkbox"/> Fatiga inusual | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos rápidos (palpitaciones) | <input type="checkbox"/> Hinchazón de otras articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Gas en el estómago o acidez | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Erupción cutánea o urticaria | <input type="checkbox"/> Dolor o calambres en el estómago | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello |
| <input type="checkbox"/> Hematomas o sangrados inusuales | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Uso de fármacos que no se venden en tiendas |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas cutáneos | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Fumar cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Más de 2 bebidas alcohólicas diarias |
| <input type="checkbox"/> Ojos resecos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Depresión, sentirse triste |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas con los ojos | <input type="checkbox"/> Heces oscuras o con sangre | <input type="checkbox"/> Ansiedad, sentirse nervioso |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la audición | <input type="checkbox"/> Problemas al orinar | <input type="checkbox"/> Problemas para pensar |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos (femeninos) | <input type="checkbox"/> Problemas con la memoria |
| <input type="checkbox"/> Nariz congestionada | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Llagas en la boca | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Dolores o calambres musculares | <input type="checkbox"/> Ardor en los órganos sexuales |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el olfato o el gusto | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Problemas con las actividades sociales |

Marque (✓) aquí si usted no ha tenido nada de lo mencionado arriba durante el último mes: _____.

10. Marque (✓) en la casilla apropiada para indicar qué tanto dolor está experimentando hoy en el área de las articulaciones:

	<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>		<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>
DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS DE LA MANO DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
MUÑECA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	MUÑECA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CODO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CODO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
HOMBRO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	HOMBRO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CADERA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CADERA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
RODILLA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	RODILLA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
TOBILLO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	TOBILLO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
DEDOS DEL PIE IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS DEL PIE DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CUELLO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ESPALDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

11. Enumere todos los medicamentos que ha tomado las últimas dos semanas (si son más de 6, haga la lista en una página aparte).

<u>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Alergias a medicamentos: _____

12. ¿Cuál es el nombre de la afección por la que está aquí hoy? _____

Año _____ o su edad _____ cuando tuvo por primera vez los síntomas de esta afección.

Año _____ o su edad _____ cuando se le diagnosticó esta afección.

13. ¿Cuántos años de escuela ha completado? Encierre en un círculo el número de años de escuela.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

14. Actualmente usted está. Marque (✓) todas las que correspondan:

- Trabajando a tiempo completo, Trabajando a tiempo parcial, Estudiante, Amo/a de casa de tiempo completo,
 Desempleado, Jubilado, Incapacitado, Otra (describa): _____ Su ocupación es/era _____

Su: **SEXO:** Mujer Hombre **GRUPO ÉTNICO:** Asiático Hispano Otro Negro Blanco **ESTADO CIVIL:** Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

PARA USO DEL MÉDICO SOLAMENTE: He revisado las respuestas del cuestionario. Fecha: _____ Firma: _____

MUY BIEN



MUY MAL



©2018 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Noviembre de 2018.

La reproducción o la distribución de este material está estrictamente prohibida sin permiso.

El sistema MDHAQ/RAPID3 y todos los derechos de autor y marca comercial relacionados al respecto, son propiedad de Theodore Pincus e incorporados en el presente bajo licencia.

PP-XEL-USA-2954