

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD MULTIDIMENSIONAL (MDHAQ)



Responda las preguntas 1, 2 y 6 del Cuestionario de evaluación de salud multidimensional (Multidimensional Health Assessment Questionnaire, **MDHAQ**) (se pronuncia em-dee-HACK) para calcular su **puntaje RAPID3** y la actividad de su **enfermedad de artritis reumatoide (AR)**.

El objetivo de la información en este material educativo es reforzar y complementar la información que recibe de su equipo de atención médica. No reemplaza el asesoramiento que le provee su médico. Si tiene preguntas sobre la información que contiene este material educativo, analícelas con su proveedor de atención médica.

**Pfizer Inc. ha producido este material como un recurso para la educación de los pacientes.**



**9. Marque (✓) si ha tenido alguno de los siguientes durante el último mes:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                             | <input type="checkbox"/> Un bulto en la garganta                   | <input type="checkbox"/> Parálisis en los brazos o las piernas                  |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso (>10 lb)           | <input type="checkbox"/> Tos                                       | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso (>10 lb)           | <input type="checkbox"/> Falta de aire                             | <input type="checkbox"/> Desmayos   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de malestar              | <input type="checkbox"/> Sibilancias                               | <input type="checkbox"/> Hinchazón en las manos                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                         | <input type="checkbox"/> Hinchazón en los tobillos                              |
| <input type="checkbox"/> Fatiga inusual                     | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos fuertes (palpitaciones) | <input type="checkbox"/> Hinchazón en otras articulaciones                      |
| <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas               | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar                     | <input type="checkbox"/> Dolor articular  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito                | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal o gases estomacales      | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda                                       |
| <input type="checkbox"/> Erupción cutánea o urticaria       | <input type="checkbox"/> Dolor o calambres estomacales             | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello  |
| <input type="checkbox"/> Moretones o sangrados inusuales    | <input type="checkbox"/> Náuseas                                   | <input type="checkbox"/> Uso de fármacos que no se venden en tiendas            |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de la piel         | <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 por día                   |
| <input type="checkbox"/> Sequedad en los ojos               | <input type="checkbox"/> Diarrea                                   | <input type="checkbox"/> Depresión, sentirse triste                             |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de los ojos        | <input type="checkbox"/> Deposiciones oscuras o con sangre         | <input type="checkbox"/> Ansiedad, sentirse nervioso                            |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos                | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios                       | <input type="checkbox"/> Problemas para pensar                                  |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos               | <input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos (mujeres)         | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria                                   |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                   | <input type="checkbox"/> Mareos                                    | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir                                  |
| <input type="checkbox"/> Llagas en la boca                  | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio                    | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales                                     |
| <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca                | <input type="checkbox"/> Dolores, molestias 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 no ha tenido ninguno de los anteriores durante el último mes:** \_\_\_\_\_.

**10. Marque (✓) la casilla correspondiente para indicar cuánto dolor tiene hoy en cada área articular:**

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave		Ninguno	Leve	Moderado	Grave
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 IZQUIERDO	<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. Indique todos los medicamentos que ha tomado durante las últimas 2 semanas (si fueron más de 6, indíquelos en una página aparte).**

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

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

**12. ¿Cuál es el nombre de la afección por la cual está aquí hoy?** \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ o edad \_\_\_\_\_ en que tuvo por primera vez los síntomas de esta afección.

Año \_\_\_\_\_ o edad \_\_\_\_\_ en que se le diagnosticó esta afección.

**13. ¿Cuántos años de escuela completó? Marque con un círculo la cantidad 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. En este momento, ¿cumple con alguna de estas opciones? Marque (✓) todas las opciones que correspondan:**

- Trabajo a tiempo completo  Trabajo a tiempo parcial  Estudiante  Amo de casa, a tiempo completo  Desempleado  
 Jubilado  Discapacitado  Otro (describa): \_\_\_\_\_ Su ocupación es/era \_\_\_\_\_

**Su:** **SEXO:**  Femenino  Masculino **ORIGEN ÉTNICO:**  Asiático  Hispano  Negro  Blanco **ESTADO CIVIL:**  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

**PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO:** He revisado las respuestas del cuestionario. Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

MUY BIEN



MUY MAL

Está estrictamente prohibido reproducir o distribuir este material sin permiso.

El sistema MDHAQ/RAPID3, y todos los derechos de autor y de marcas registradas relacionados con este sistema, son propiedad de Theodore Pincus y se incorporan en el presente bajo licencia.

