

## Calidad de Vida

### POST IMPLANTE FORMULARIO

Por favor, conteste preguntas #1-10 abajo para proporcionar alguna información adicional.

1. ¿Cuál de los siguientes mejor describe su "uno" actividad principal? (seleccione uno)

- Demasiado enfermo para trabajar (desactivado)
- Trabajando activamente
- Mantener la casa
- Estudiante
- Desconocido
- Jubilado
- Buscan trabajo
- Otro especifique: \_\_\_\_\_

Es esta actividad "uno" considerada: A tiempo completo o Tiempo parcial o Desconocido

2. ¿Cuántos de sus amigos o familiares ver en persona, hablar por teléfono o en contacto con vía el internet al menos una vez al mes? \_\_\_\_\_ (cuenta cada persona 1 vez). **ST = Desconocido.**

3. ¿Involuntariamente has perdido más de 10 kilos en el último año?  Sí  No  Desconocido

4. ¿Hacer actualmente fuman cigarrillos?  Sí  No  Desconocido

**Si Sí**, ¿Cuántos cigarrillos son actualmente fumando, en promedio?

- Medio paquete o menos **por día**  1 a 2 paquetes **por día**
- Más de la mitad de 1 paquete **al día**  2 o más paquetes **por día**

5. ¿Qué actualmente humos e-cigarrillos?  Sí  No  Desconocido

**Por favor del círculo un número, para responder a las siguientes preguntas. ST = Desconocido.**

6. ¿Cuánto estrés relacionado con su salud temas te sientes que has estado bajo durante el pasado mes 1?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 No estrés Estrés muy mucho

7. ¿Cómo te sientes has estado lidiando con o manejar el estrés relacionado con su salud publica durante el mes pasado 1?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Afrontamiento muy mal Afrontamiento muy bien

8. ¿Qué tan seguro está de que usted puede hacer las tareas y actividades necesarias para administrar su dispositivo ventricular asistida a fin de reducir la cantidad que tiene un dispositivo de asistencia ventricular afecta a su vida cotidiana?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 No confianza Mucho confianza

9. ¿Qué tan satisfecho está con el resultado de la cirugía de dispositivo de asistencia ventricular, durante los últimos 3 meses?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 No satisfecho Muy satisfecho

10. ¿Si tuviera que hacerlo todo de nuevo, qué decidiste tener un dispositivo de asistencia ventricular sabiendo lo que sabes ahora?

1	2	3	4	5
Definitivamente No	Probablemente No	No estoy seguro	Probablemente sí	Definitivamente sí