

Calidad de Vida

PRE IMPLANTE FORMULARIO

Por favor, conteste preguntas #1-9 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 del 1 al 10, para responder a las siguientes preguntas. **ST = Desconocido.**

6. ¿Cuánto estrés relacionado con su salud temas que 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. ¿Cómo están seguros de que puedes hacer las tareas y actividades necesarias para gestionar su insuficiencia cardíaca para reducir cuánto tener insuficiencia cardiaca 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 su tratamiento para la insuficiencia cardíaca durante los últimos 3 meses?

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