Protocol 5.0

 **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