

Cuestionario de estado de salud

Nombre: _____ Fecha: _____

Estado físico

Califique las siguientes preguntas en una escala de frecuencia del 1 al 5. *nunca* *rara vez* *ocasional* *regular* *constante*

1. Presencia de dolor físico (dolor de cuello, espalda, brazos, piernas, etc.). ...	1	2	3	4	5
2. Sensación de tensión, rigidez o falta de flexibilidad en la columna.	1	2	3	4	5
3. Incidencia de fatiga o poca energía.	1	2	3	4	5
4. Incidencia de resfriados y gripe.	1	2	3	4	5
5. Incidencia de dolores de cabeza (de cualquier tipo).	1	2	3	4	5
6. Incidencia de náuseas o estreñimiento.	1	2	3	4	5
7. Incidencia de molestia menstrual.	1	2	3	4	5
8. Incidencia de alergias, eczema o erupción cutánea.	1	2	3	4	5
9. Incidencia de mareos o aturdimiento.	1	2	3	4	5
10. Incidencia de accidentes, cuasi accidentes, caídas o tropiezos.	1	2	3	4	5

Estado mental y emocional

Califique las siguientes preguntas en una escala de frecuencia del 1 al 5. *nunca* *rara vez* *ocasional* *regular* *constante*

1. Si hay dolor, ¿cuánto se estresa por eso?	1	2	3	4	5
2. Presencia de sentimientos negativos o críticos hacia usted mismo.	1	2	3	4	5
3. Mal humor, mal genio o arrebatos de ira.	1	2	3	4	5
4. Depresión o desinterés.	1	2	3	4	5
5. Preocupación en exceso por cosas pequeñas.	1	2	3	4	5
6. Dificultad para pensar, para concentrarse o indecisión.	1	2	3	4	5
7. Temores vagos o ansiedad.	1	2	3	4	5
8. Inquietud o impaciencia.	1	2	3	4	5
9. Dificultad para quedarse o permanecer dormido.	1	2	3	4	5
10. Pensamientos o sueños recurrentes.	1	2	3	4	5

Evaluación de estrés

Evalúe su estrés con relación a lo siguiente: *ninguno* *bajo* *medio* *alto* *muy alto*

1. Familia	1	2	3	4	5
2. Relación significativa	1	2	3	4	5
3. Salud	1	2	3	4	5
4. Finanzas	1	2	3	4	5
5. Vida sexual	1	2	3	4	5
6. Trabajo	1	2	3	4	5
7. Escuela	1	2	3	4	5

Continúe en la siguiente página.

8. Bienestar general	1	2	3	4	5
9. Bienestar emocional	1	2	3	4	5
10. Lidar con problemas cotidianos	1	2	3	4	5

Disfrute de la vida

<i>Califique las siguientes preguntas en una escala de frecuencia del 1 al 5.</i>	<i>para nada</i>	<i>leve</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>	<i>demasiado</i>
1. Apertura a la orientación de su “voz interior o sentimientos”.	1	2	3	4	5
2. Experiencia de relación, alivio o bienestar.	1	2	3	4	5
3. Presencia de sentimientos positivos acerca de usted mismo.	1	2	3	4	5
4. Interés en mantener un estilo de vida saludable.	1	2	3	4	5
5. Sentimiento de apertura y conciencia o conexión al relacionarse con otros.	1	2	3	4	5
6. Nivel de confianza en su habilidad para lidiar con la adversidad.	1	2	3	4	5
7. Nivel de compasión por y aceptación de otros.	1	2	3	4	5
8. Satisfacción con el nivel de recreación en su vida.	1	2	3	4	5
9. Incidencia de sentimientos de alegría o felicidad.	1	2	3	4	5
10. Nivel de satisfacción con su vida sexual.	1	2	3	4	5
11. Tiempo dedicado a cosas que disfruta.	1	2	3	4	5

Calidad de vida general

<i>Evalúe sus sentimientos relativos a su calidad de vida con respecto a:</i>	<i>terrible</i>	<i>infeliz</i>	<i>insatisfecho</i>	<i>mixto</i>	<i>satisfecho</i>	<i>complacido</i>	<i>encantado</i>
1. Su vida personal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Su compañero, cónyuge o pareja.	1	2	3	4	5	6	7
3. Su vida romántica.	1	2	3	4	5	6	7
4. Su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sus compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
6. El trabajo que realiza.	1	2	3	4	5	6	7
7. Su manejo de los problemas en su vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Lo que está logrando verdaderamente.	1	2	3	4	5	6	7
9. Su apariencia física, cómo luce para otros.	1	2	3	4	5	6	7
10. Usted mismo.	1	2	3	4	5	6	7
11. Hasta qué punto se ajusta a los cambios en su vida.	1	2	3	4	5	6	7
12. Su vida como un todo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Satisfacción general con su vida.	1	2	3	4	5	6	7
14. Hasta qué punto su vida ha sido lo que quería.....	1	2	3	4	5	6	7