

Datos centro de salud	
Nombre	
Dirección	
Teléfono celular / Red fija	
Profesional programa COVID	
SAPU/SAMU	
Salud responde	600 360 7777
Responde COVID Valparaíso	800 9130 40
Hospital	

Datos de emergencia usuario	
<i>En caso de emergencia contactar a:</i>	
Nombre	
Parentesco/relación	
Telefono	
Dirección	
Correo electronico	

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Identificación del paciente	
Antecedentes Generales	
Nombre completo	
N° de identificación (RUT) (123456789-9)	
Fecha de nacimiento	
Dirección domicilio	
Edad	
Sexo	
Nacionalidad	
Religión	
Profesión/Oficio	
Cesfam/Centro de salud	
Teléfono/Celular	
Nivel educacional	
Registro social de hogares	
Anamnesis Remota	
Antecedentes médicos	
Médicos familiares	
Antecedentes quirúrgicos	
Antecedentes traumatológicos	
Fármacos	
Hábitos	
Anamnesis Actual	
Red de apoyo	
Signos	
Síntomas	

Identificación de conexión		
¿Posee conexión a internet?	Si	
¿Correo electrónico?		
Nivel de manejo	Básico	
Redes Sociales (RRSS)	No	
¿Cuáles?		
Nivel de manejo	Medio	
Plataformas virtuales	No	
¿Cuáles?		
Nivel de manejo	Básico	
Medio de navegación	Computador	
¿Necesita apoyo/ayuda para conectarse?	Si	
¿Quién?		
Tiene		
Computador	Si	2
Notebook	Si	0
Tablet	Si	0
Medio de comunicación que más utiliza		
TV	Si	
Radio	Si	
Otro	Si	

Identificación familiar	
Personas que conforman grupo familiar	
N° Hombres	
N° Mujeres	
Otros	
N° Total	
N° de habitaciones	
Jefe de Hogar	

Observaciones	
Discapacidad	(deficit visual/auditivo/ayudas técnicas)
Información previa relevante	
Índice de Barthel previo a confinamiento	
Otro	

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	91
FR	31
Temperatura	38.5
SatO2	89%
Disnea	7
SSFF	7
PA	180/105
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Muy severa
Muy severa

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Fecha aplicación	Resultados Bateria test		
	Prueba	Puntaje	
<i>Estado funcional familiar</i>			
DD/MM/AA	APGAR familiar		Familia severamente disfuncional
<i>Calidad de vida</i>			
DD/MM/AA	SF-36		
<i>Salud mental</i>			
DD/MM/AA	Goldberg		Ausencia alteración en Salud Mental
<i>Salud Respiratoria</i>			
DD/MM/AA	SGRO-1		
<i>Sobrecarga cuidador</i>			
DD/MM/AA	Zarit		Ausencia de sobrecarga
<i>Tabaco</i>			
DD/MM/AA	Prochaska		
DD/MM/AA	Fagerstrom		
DD/MM/AA	Test de los por qué		

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	95
FR	35
Temperatura	38.4
SatO2	89%
Disnea	6 Severa
SSFF	7 Muy severa
PA	180/105
Animo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Fecha aplicación	Resultados Bateria test	
	Prueba	Puntaje
	<i>Evaluación cognitiva</i>	
DD/MM/AA	MoCA	
	<i>Evaluación funcional</i>	
DD/MM/AA	Barthel	

Alerta derivación

Dependencia total

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	80
FR	25
Temperatura	36
SatO2	90%
Disnea	6 Severa
SSFF	6 Severa
PA	190/69
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Fecha aplicación	Resultados Bateria test		
	Prueba	Puntaje	
DD/MM/AA	Riesgo de caídas		
	TUG	Normal	
DD/MM/AA	Fuerza-Potencia EEII		
	STS-10	Tiempo (seg.)	
DD/MM/AA	mMRC		
DD/MM/AA	Fuerza EESS - EEII		
	MRC		
	Movimiento	Derecho	Izquierdo
	Separación hombro		
	Flexión codo		
	Extensión muñeca		
	Flexión cadera		
	Extensión rodilla		
Flexión dorsal tobillo			
Total			

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	95
FR	35
Temperatura	38.4
SatO2	89%
Disnea	7
SSFF	8
PA	180/105
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Muy severa
Muy severa

Plan de ejercicios						
Series:	Repeticiones:	Sg. Vitales	Serie 1	Serie 2	Serie 3	Serie 4
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	95
FR	35
Temperatura	38.5
SatO2	89%
Disnea	7
SSFF	8
PA	180/105
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Muy severa
Muy severa

Plan de ejercicios						
Series:	Repeticiones:	Sg. Vitales	Serie 1	Serie 2	Serie 3	Serie 4
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				

Fecha sesión:	DD/MM/AA		
Hora inicio:	Hora Término:		

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Consentimiento	
Acepta participar	
Acepta la atención remota	

Signos vitales	
FC	95
FR	35
Temperatura	38.5
SatO2	89%
Disnea	7
SSFF	8
PA	180/105
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Muy severa
Muy severa

Plan de ejercicios						
Series:	Repeticiones:	Sg. Vitales	Serie 1	Serie 2	Serie 3	Serie 4
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				
(Tipo de ejercicio)						
		Disnea				
		SSFF				
		SatO2				
		FC				

Fecha sesión:	DD/MM/AA
Hora inicio:	Hora Término:

Identificación profesional	Nombre:	
	Profesión:	
	Institución:	

Signos vitales	
FC	95
FR	35
Temperatura	38.4
SatO2	89%
Disnea	7
SSFF	8
PA	180/105
Ánimo	
Dolor	
Otros signos/sintomas	

Muy severa
Muy severa

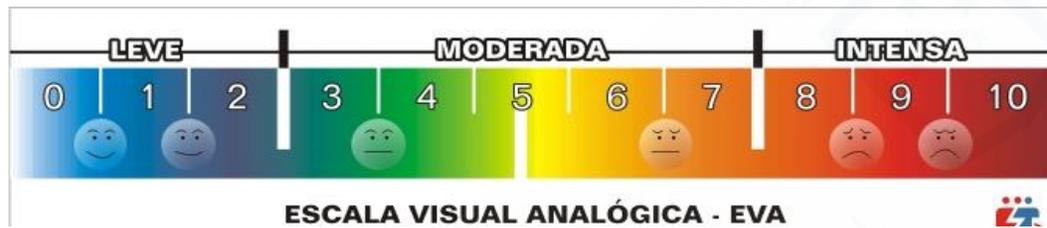
Fecha aplicación	Resultados Bateria test		
	Prueba	Puntaje	
Estado funcional familiar			
DD/MM/AA	APGAR familia	Familia severamente disfuncional	
Calidad de vida			
DD/MM/AA	SF-36		
Salud mental			
DD/MM/AA	Goldberg	Ausencia alteración en Salud Mental	
Salud Respiratoria			
DD/MM/AA	SGRQ-1		
Sobrecarga cuidador			
DD/MM/AA	Zarit	Ausencia de sobrecarga	
Tabaco			
DD/MM/AA	Prochaska		
DD/MM/AA	Fagerstrom		
DD/MM/AA	Test de los por qué		
Evaluación cognitiva			
DD/MM/AA	MoCA	Alerta derivación	
Evaluación funcional			
DD/MM/AA	Barthel	Dependencia total	
Riesgo de caídas			
DD/MM/AA	TUG	Normal	
Fuerza-Potencia EEII			
DD/MM/AA	STS-10	Tiempo (seg.)	
DD/MM/AA	mMRC		
Fuerza EESS - EEII			
DD/MM/AA	MRC		
	Movimiento	Derecho	Izquierdo
	Separación hombro		
	Flexión codo		
	Extensión muñeca		
	Flexión cadera		
	Extensión rodilla		
Flexión dorsal tobillo			
Total			

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO (EVEA)

N°	Estado anímico	Puntaje
1	Me siento nervioso	0
2	Me siento irritado	0
3	Me siento alegre	0
4	Me siento melancólico	0
5	Me siento tenso	0
6	Me siento optimista	0
7	Me siento alicaído	0
8	Me siento enojado	0
9	Me siento ansioso	0
10	Me siento apagado	0
11	Me siento molesto	0
12	Me siento jovial	0
13	Me siento intranquilo	0
14	Me siento enfadado	0
15	Me siento contento	0
16	Me siento triste	0

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo. Escuche cada frase y elija un valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta. (0 nada - 10 mucho)

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR



ESTADO FUNCIONAL FAMILIAR: APGAR FAMILIAR			
	Casi siempre (2)	A veces (1)	Casi nunca (0)
¿Estás satisfecha (o) con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntajes	0	0	0
			Puntaje total 0

[Volver a 1era sesión](#)

[Volver sesión final](#)

Item	Puntaje
1	3
2	3
3a	3
3b	3
3c	3
3d	2
3e	2
3f	3
3g	3
3h	3
3i	3
3j	3
4a	5
4b	2
4c	3
4d	5
5a	5
5b	5
5c	5

Item	Puntaje
6	5
7	6
8	5
9a	5
9b	5
9c	5
9d	5
9e	5
9f	5
9g	5
9h	5
9i	5
10	5
11a	5
11b	5
11c	5
11d	5

Área	Puntaje	
Función Física	28	90%
Rol Físico	15	69%
Dolor Corporal	11	100%
Salud General	23	90%
Vitalidad	20	100%
Función Social	10	100%
Rol emocional	15	100%
Salud Mental	25	100%
Puntaje global	147	94%

[Volver a 1era sesión](#)
[Volver sesión final](#)

CALIDAD DE VIDA: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:	
Mala 5	
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	
Algo peor ahora que hace un año 3	
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	No, no me limita nada 3
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	
d) Subir varios pisos por la escalera.	No, no me limita nada 3
e) Subir un sólo piso por la escalera.	
f) Agacharse o arrodillarse.	
g) Caminar un kilómetro o más	
h) Caminar varios centenares de metros.	Sí, me limita un poco 2
i) Caminar unos 100 metros.	
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	
c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...	
a) se sintió lleno de vitalidad?	
b) estuvo muy nervioso?	
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	
d) se sintió calmado y tranquilo?	
e) tuvo mucha energía?	
f) se sintió desanimado y deprimido?	
g) se sintió agotado?	
h) se sintió feliz?	
i) se sintió cansado?	
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	
11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:	
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	
a) Estoy tan sano como cualquiera	
b) Creo que mi salud va a empeorar	
c) Mi salud es excelente	

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL : GOLDBERG 12

N°	Preguntas	0 punto		1 punto		Puntaje
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	1
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	1
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	0
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	0
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado o en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más	0
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más	0
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	0
8	¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	0
9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más	1
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más	0
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más	1
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	1
						5 TOTAL

[Volver a 1era sesión](#)

[Volver sesión final](#)

CUESTIONARIO SALUD RESPIRATORIA: SAINT GEORGE-1 (SGRQ-1)

SINTOMAS			
1	A	80,6	80,6
	B	40,2	
	C	0	
2	A	76,8	41,4
	B	41,4	
	C	0	
3	A	87,2	0
	B	50,3	
	C	0	
4	A	86,2	0
	B	51	
	C	0	
5	A	66,2	0
	B	51,2	
	C	0	
6	A	0	51,2
	B	51,2	
	C	93,3	

1	Yo toso
	a. Casi todos los días
2	Yo expectorato (tengo flemas)
	b. Solo durante infecciones
3	Me falta el aire (me agito)
4	Tengo ataques de silbidos
5	Cuántas crisis respiratorias ha tenido
6	Cuántos días buenos tengo habitualmen
	c. Ninguno

ACTIVIDADES				
		VERDADERO	FALSO	
1	82,2	0	0	
2	80,2	0	0	
3	81,4	0	0	
4	76,1	0	0	
5	72,1	0	72,1	
		VERDADERO	FALSO	
6	70,6	0	70,6	
7	71,6	0	0	
8	72,3	0	0	
9	74,5	0	0	
10	63,5	0	0	70,6

Actividades que le generan falta de aire (agitación)		Verdadero/Falso
1	Bañarse o vestirse	VERDADERO
2	Caminar dentro de la casa	FALSO
3	Caminar fuera de la casa en terreno llano	FALSO
4	Subir un piso por escalera	FALSO
5	Hacer algún deporte o juego activo	FALSO
Actividades que pueden estar afectadas por sus problemas respiratorios		Verdadero/Falso
6	Las tareas del hogar me llevan mucho tiempo	FALSO
7	Al subir un piso por escalera, tengo que ir despacio o parar	FALSO
8	Si me apuro o camino rápido, tengo que ir más despacio o parar.	FALSO
9	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas como subir una cuesta.	FALSO
10	Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas como tareas manuales muy	FALSO

IMPACTO				
		a	b	
1	83,3	0	83,3	
		VERDADERO	FALSO	
2	81,1	0	0	
3	79,1	0	0	
4	84,5	0	0	
5	76,8	0	0	
6	87,9	0	87,9	
7	84	0	84	
		VERDADERO	FALSO	
8	74,1	0	0	
9	79,1	0	79,1	
10	87,7	0	0	
11	90,1	0	0	
12	75,5	0	0	
13	84,4	0	0	
		VERDADERO	FALSO	
14	64,8	0	0	
15	81	0	0	
16	79,1	0	0	
17	94	0	0	
18	A	0	0	
	B	42	0	
	C	84,2	0	
	D	96,7	96,7	43,1

SGRQ-1 componente de Impacto		Verdadero/Falso
1	Si alguna vez tuvo trabajo	
	a. Mis problemas respiratorios interfirieron o me obligaron a dejar de trabajar	
Preguntas sobre la tos y la falta de aire (agitación)		Verdadero/Falso
2	Toser me hace doler	FALSO
3	Toser me agota	FALSO
4	Me falta el aire cuando hablo	FALSO
5	Me falta el aire cuando me agacho	FALSO
6	La tos o la respiración me molestan cuando duermo	FALSO
7	Me agoto fácilmente	FALSO
Sobre otros efectos que los problemas respiratorios pueden ocasionarle		Verdadero/Falso
8	Me siento avergonzado en publico	VERDADERO
9	Soy una molestia para mi familia	FALSO
10	Siento pánico o miedo	FALSO
11	No puedo controlar mis problemas respiratorios	FALSO
12	Ejercitarme es peligroso para mí	FALSO
13	Todo parece un esfuerzo excesivo	FALSO
Sobre como los problemas respiratorios afectan la vida diaria		Verdadero/Falso
14	No puedo hacer deportes	FALSO
15	No puedo salir de casa para hacer las compras	FALSO
16	No puedo hacer las tareas del hogar	FALSO
17	No puedo alejarme de la cama o de la silla	FALSO
18	¿Cómo describiría mejor sobre cómo le afectan sus problemas respiratorios?	
	b. Me afecta una o dos cosas	

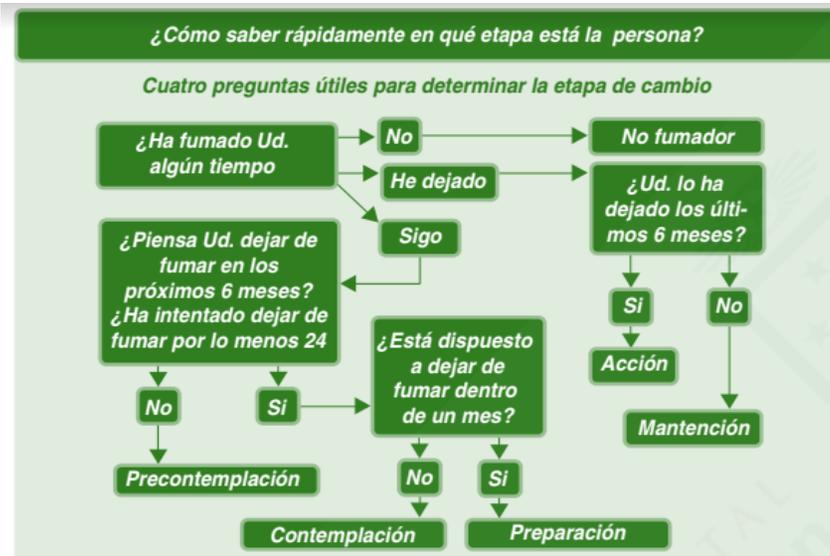
	Valor max	Actual	%
SINTOMAS	490,3	173,2	35,3
ACTIVIDADES	744,5	142,7	19,2
IMPACTO	1483,2	431,0	29,1
TOTAL	2718	746,9	27,5

[Volver a 1era sesión](#)
[Volver sesión final](#)

ESCALA SOBRECARGA DEL CUIDADOR: ESCALA ZARIT ABREVIADA			
n°	Item	Puntuación	
1	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	Nunca
2	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	2	Rara vez
3	¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que Ud. Tiene con otros miembros de su familia?	3	Algunas veces
4	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	4	Bastantes veces
5	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	5	Casi siempre
6	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	Nunca
7	Globalmente ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	2	Rara vez
		15	Puntaje Total
		Ausencia de sobrecarga	

[Volver a 1era sesión](#)
[Volver sesión final](#)

EVALUACIÓN TABACO: PROCHASKA



FASES	
Precontemplación	"Yo soy fumador, me gusta y no quiero dejar de fumar. No he pensado siquiera en eso",
Contemplación	"Yo pienso dejar de fumar algún día, pero no en este momento. Por lo menos NO antes de 6 meses"
Preparación	"Yo quiero dejar de fumar antes de 1 mes y quiero saber mas de cómo lo puedo lograr"
Acción	"Estoy sin fumar, a veces se me hace difícil, tengo algunas problemas, pero los voy a superar"
Mantenimiento	"Deje de fumar hace mas de 6 meses, mi vida a cambiado, disfruto de otra forma de vida y quiero saber más acerca de cómo mantenerme libre del tabaco".

Volver a 1era sesión
Volver sesión final

EVALUACIÓN TABACO: FAGERSTRÖM		
Preguntas		Puntajes
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0 = 10 o menos	0
	1 = 11 a 20	
	2 = 21 a 30	
	3 = 31 o más	
2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	3 = Menos de 15 minutos	3
	2 = 16 a 30 minutos	
	1 = 31 a 60 minutos	
	0 = Más de 60 minutos	
3. ¿Fuma más en las mañanas?	1 = Si	1
	0 = No	
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	1 = Si	1
	0 = No	
5. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	1 = El primero del día	1
	0 = Cualquier otro	
6. ¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	1 = Si	1
	0 = No	
	7	Dependencia alta

Volver a 1era sesión
Volver sesión final

EVALUACIÓN TABACO: TEST DE LOS POR QUÉ

1 Nunca	2 Rara vez	3 De vez en cuando	4 Muchas veces	5 Siempre
---------	------------	--------------------	----------------	-----------

	Puntaje	
A	Yo fumo para mantenerme activo	1
B	Mantener un cigarrillo en la mano con las manos forma parte del placer de fumar	1
C	Fumar es placentero y relajante	2
D	Enciendo un cigarrillo cuando me siento enojado con algo/alguien	3
E	Cuando se me acaban los cigarrillos, es casi una tortura hasta que consigo más	1
F	Fumo de manera automática, sin siquiera estar consciente de ello	4
G	Fumo cuando otras personas están fumando a mi alrededor	3
H	Fumar me ayuda a pensar y concentrarme	2
I	Parte del placer del cigarrillo es toda la preparación para prenderlo	1
J	Fumar me produce placer	1
K	Cuando me siento incomodo o molesto, prendo un cigarrillo	3
L	Cuando no estoy fumando, lo tengo muy presente	1
M	He prendido un cigarrillo cuando el anterior aún está encendido en el cenicero	3
N	Fumo cuando me reúno con amigos y lo estoy pasando bien	3
O	Cuando fumo, parte del placer es mirar el humo mientras lo exhalo	1
P	Casi siempre deseo un cigarrillo cuando estoy a gusto y relajado	3
Q	Fumo cuando estoy triste y quiero pensar en otra cosa	3
R	Siento verdaderas ansias de fumar cuando no lo he hecho por un buen rato	1
S	Me ha pasado que tengo un cigarrillo en la boca sin darme cuenta	3
T	Siempre fumo cuando estoy con amigos en una fiesta, en un bar, etc.	1
U	Fumo para darme ánimo	1

[Volver a 1era sesión](#)

[Volver sesión final](#)

Puntaje	Bajo: 1 a 5	Moderado: 6 a 10	Alto: 11 a 15
---------	-------------	------------------	---------------

Puntaje	Resumen encuesta ¿Por qué fuma usted?	
4	Estimulación	Si ha tenido un puntaje alto aquí, usted siente que el tabaco le da energía, que lo mantiene alerta. Piense en otras opciones para obtenerla, por ejemplo, lavarse la cara, caminar rápido, trotar.
3	Manipulación	Hay muchas cosas que puede hacer con las manos sin tener que prender un cigarrillo. Intente hacer garabatos con un lápiz, tejer o jugar con un cigarrillo falso.
6	Placer - Relajación	Un puntaje alto significa que obtiene mucho placer físico del fumar. Diversas formas de ejercicio pueden ser buenas alternativas. A la gente que está en esta categoría puede resultarles útil usar, bajo supervisión médica, una goma de mascar de nicotina o parches transdérmicos de nicotina..
9	Manejo de tensión	Si usted encuentra que el cigarrillo lo reconforta en momentos de estrés, puede resultarle difícil dejar de fumar, pero existen formas más adecuadas de enfrentar el estrés. En lugar de ello, aprenda una técnica de relajamiento por medio de la respiración o alguna otra técnica para lograr un relajamiento profundo. A la gente que está en esta categoría puede resultarles útil usar, bajo supervisión médica, una goma de mascar de nicotina o parches transdérmicos de nicotina..
3	Adicción	Además de tener una dependencia psicológica a los cigarrillos es posible que sea físicamente adicto a la nicotina. Es una adicción difícil de vencer, pero se puede lograr. La gente que está en esta categoría es la más indicada para beneficiarse del uso de una goma de mascar con nicotina o parches transdérmicos de nicotina bajo supervisión médica.
10	Hábito automático	Si los cigarrillos son simplemente parte de su rutina, la clave para acabar con este hábito es estar consciente de cada cigarrillo que fuma. Llevar un diario o registrar cada cigarrillo que fuma marcándolo con un lápiz dentro del paquete es una buena forma de hacerlo.
7	Fumador social	Usted fuma en situaciones sociales, cuando la gente que está a su alrededor está fumando o cuando le ofrecen un cigarrillo. Es importante que les recuerde a los demás que no fuma. Podría cambiar sus hábitos sociales para evitar los "factores de activación" que pudieran conducirlos a volver a fumar.

EVALUACIÓN COGNITIVA: ESCALA MOCA

Áreas/Pruebas	Puntaje
VISUOESPACIAL/EJECUTIVA	
Alternancia conceptual	0
Copiar cubo	0
Dibujar reloj	3
IDENTIFICACIÓN	
Nombre animales	3
MEMORIA	
Leer lista de palabras	sin puntaje
ATENCIÓN	
Lea la serie de números	3
Lea la serie de letras	0
Restar de 7 en 7 comenzando de 100	3
LENGUAJE	
Repetir frase	3
Fluidez del lenguaje	0
ABSTRACCIÓN	
Similitud entre...	3
RECUERDO DIFERIDO	
Recordar 5 palabras	0
ORIENTACIÓN	
D/M/A (fecha), Lugar, Localidad	1
	19
	Total

[Volver a 2da sesión](#)

[Volver sesión final](#)

EVALUACIÓN INDEPENDENCIA FUNCIONAL: ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades		Puntaje	
Comida	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada o servida por otra	10	
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla...pero es capaz de comer solo.	5	
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0	
Lavado	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda ni supervisión.	5	
	Dependiente. Necesita de algún tipo de ayuda o supervisión.	0	
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y sacarse la ropa sin ayuda.	10	
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5	
	Dependiente. Necesita de ayuda para estas actividades.	0	10
Arreglo	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda (los insumos puede ser provistos).	5	
	Dependiente. Necesita ayuda.	0	0
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10	
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda de enemas o supositorios.	5	
	Incontinente. Más de un episodio semanal.	0	10

Actividades		Puntaje	
Micción	Continente. No Instrumento presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (pato, sonda)	10	
	Accidente ocasional. Máximo de un episodios al día o necesita de ayuda para la manipulación de dispositivos.	5	
	Incontinente. Más de un episodio al día.	0	5
Ir a retrete	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda ni supervisión.	10	
	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda. Es capaz de usar el baño	5	
	Dependiente. Incapaz de acceder al baño o utilizarlo sin ayuda mayor	0	10
Transferencias	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15	
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10	
	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5	
	Dependiente. Necesita de alzamiento por 2 personas. Es incapaz de permanecer sentado.	0	15
Deambulación	Independiente. Puede andar 50 mts o su equivalente en su casa sin ayuda. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica por si	15	
	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	10	
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.	5	
Subir y bajar escaleras	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10	
	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	5	
	Dependiente. Es incapaz de usar escaleras.	0	0

[Volver a 2da sesión](#)
[Volver sesión final](#)

Puntaje tota	50
--------------	----

MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA (DISNEA)

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

[Volver a 3ra sesión](#)

[Volver sesión final](#)

EVALUACIÓN DE FUERZA EXTREMIDADES : ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

Grado 0 / M0	Sin contracción visible ni palpable
Grado 1 / M1	Contracción visible o palpable, aunque sin movimiento de extremidades
Grado 2 / M2	Movimiento sin gravedad en casi todo el rango de movimiento
Grado 3 / M3	Movimiento que vence la gravedad en casi todo el rango de movimiento
Grado 4 / M4	Movimiento que vence una resistencia moderada en todo el rango de movimiento
Grado 5 / M5	Fuerza normal

[Volver a 3ra sesión](#)

[Volver sesión final](#)