



HAQ-20

MO
7

Nombre y apellido: DNI:

Fecha de Nac: ___/___/___ Fecha: ___/___/___ Observador:

Por favor, marque con una X la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas DURANTE LA SEMANA PASADA.

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Vestirse y asearse				
1. ¿Vestirse, incluyendo atarse los cordones de los zapatos y abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponerse de pie				
3. ¿Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Entrar y salir de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer				
5. ¿Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Levantar una taza o vasos llenos para llevárselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Abrir un cartón de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar				
8. ¿Caminar fuera de su casa sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque con una X los APARATOS o DISPOSITIVOS que comúnmente usa para alguna de estas actividades (vestirse, arreglarse, levantarse, comer, caminar). Si no precisa ninguno NO marque

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla especial adaptada |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma de cierres, calzador de zapatos de mango largo, etc) |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Otro (aclarar)..... |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | |
| <input type="checkbox"/> Cubiertos especiales o adaptados | |

Por favor, marque con una X en que actividades necesita AYUDA DE OTRA PERSONA. Si no precisa ayuda NO marque

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse y arreglarse | <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Caminar |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

**HAQ-20****MO
7****Por favor, marque con una X la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas DURANTE LA SEMANA PASADA.**

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Higiene				
10. ¿Lavarse y secarse el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Bañarse en la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar objetos elevados o muy bajos				
13. ¿Alcanzar y bajar un objeto de dos kilos, como dos bolsas de azúcar, desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarrar objetos				
15. ¿Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades				
18. ¿Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque con una X los APARATOS o DISPOSITIVOS que comúnmente usa para alguna de estas actividades (vestirse, arreglarse, levantarse, comer, caminar). Si no precisa ninguno NO marque

<input type="checkbox"/> Asiento elevado de inodoro	<input type="checkbox"/> Barra en la bañera
<input type="checkbox"/> Asiento para la bañera	<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos
<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo en el baño	<input type="checkbox"/> Otro (aclarar)
<input type="checkbox"/> Abridor de frascos

Por favor, marque con una X en que actividades necesita AYUDA DE OTRA PERSONA. Si no precisa ayuda NO marque

<input type="checkbox"/> Higiene	<input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas
<input type="checkbox"/> Alcanzar cosas	<input type="checkbox"/> Hacer mandados y tareas domésticas