

(For Internal Use Only)

<i>I.M.P.R.E.S.S.</i> <i>EuroQol EQ-5D</i> To be completed by the PATIENT	Patient Study Number	Completed By: _____ Clinic: _____
	Visit Date (MM/DD/YY) ____ / ____ / ____	Visit Schedule (<i>check appropriate box</i>) <input type="checkbox"/> PreOp <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días

(ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

(For Internal Use Only)

<i>I.M.P.R.E.S.S.</i> <i>EuroQol EQ-5D</i> To be completed by the PATIENT	Patient Study Number	Completed By: _____ Clinic: _____
	Visit Date (MM/DD/YY) ____ / ____ / ____	Visit Schedule (<i>check appropriate box</i>) <input type="checkbox"/> PreOp <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

(For Internal Use Only)

I.M.P.R.E.S.S.
EuroQol EQ-5D
To be completed by the PATIENT

Patient Study Number

Completed By: _____

Clinic: _____

Visit Date (MM/DD/YY)

___ / ___ / ___

Visit Schedule (check appropriate box)

PreOp 3 mo 6 mo

12 mo 24 mo

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice "su estado de salud hoy," hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

PHYSICIAN USE ONLY:

07. _____
SCORE

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado
de salud
imaginable