

**Cuestionario de Salud EuroQol-5D**

<b>Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marquen más de una casilla de cada grupo</b>		
<b>Movilidad</b>	No tengo problemas para caminar Tengo algunos problemas para caminar Tengo que estar en la cama	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Cuidado Personal</b>	No tengo problemas con el cuidado personal Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme Soy incapaz de lavarme o vestirme	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Actividades Cotidianas</b> (ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Dolor/Malestar</b>	No tengo dolor ni malestar Tengo dolor moderado o malestar Tengo mucho dolor o malestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Ansiedad/Depresión</b>	No estoy ansioso ni deprimido Estoy moderadamente ansioso o deprimido Estoy muy ansioso o deprimido	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>