



Member Name: _____
 Service Location: _____
 Service Type: _____
 Date Completed: _____ Date Entered: _____
 Clinician Name: _____

CHI™

Indique su sexo

Masculino/Femenino

Indique su fecha de nacimiento.

Mes

Día

Año

1. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la siguiente afirmación?

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Creo que puedo enfrentar bien los problemas cotidianos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Qué tanta confianza tiene usted en que pueda recuperarse de sus problemas?

Extrema	Bastante	Moderada	Poca	Ninguna
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha hecho y ha seguido un plan para cuidar su salud física y mental?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. En general, ¿diría usted que su salud es...?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Las siguientes preguntas se refieren a las actividades que puede realizar durante un día normal. ¿Su salud lo/la limita actualmente en estas actividades? Si es así, ¿qué tanto?

	Sí, muy limitado/a	Sí, un poco limitado/a	No, para nada limitado/a
a. actividades moderadas como ir de compras o recoger su correo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. subir varios tramos de escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades debido a su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. logró menos de lo que le gustaría.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. estuvo limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades debido a su salud mental?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. logró menos de lo que le gustaría.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. fue menos cuidadoso/a de lo normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Si usted consume alcohol o drogas (que no sean por prescripción médica), ¿qué tanto interfiere esto con su vida?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha escuchado o visto cosas que otras personas ni escuchan ni ven?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca Prefiero no contestar

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha estado ansioso/a o preocupado/a?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

21. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación?

Completamente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Tengo esperanzas que el tratamiento/terapia me pueda ayudar.

22. Si actualmente está en tratamiento/terapia, por favor conteste las siguientes preguntas:

Completamente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

a. creo que mi profesional de salud se preocupa por mí.

b. pienso que puedo enfrentar mis problemas mejor.

c. el problema por el cual recibí tratamiento/ terapia ha mejorado.

Gracias por contestar la evaluación CHI™

Por favor haga clic aquí si no quiere compartir los resultados de esta evaluación con el profesional de salud que lo/la atiende.

Copyright QualityMetric Incorporated, 2006
CHI™ is a Trademark of QualityMetric Incorporated, All Rights Reserved

Si necesita ayuda con esta evaluación, por favor llame al 1-800-572-9394. Mencione que está tratando de contestar la evaluación Magellan CHI™ y le ayudaremos.