

Primer Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*Nos gustaría saber qué tan seguro está de hacer ciertas actividades. Para cada una de las siguientes preguntas, elija el número que corresponda a su confianza de que puede realizar las tareas regularmente en este momento.*

**1. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la fatiga causada por su enfermedad interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**2. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la incomodidad física o el dolor de su enfermedad interfieran con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**3. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que la angustia emocional causada por su enfermedad interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**4. ¿Qué tan seguro está de que puede evitar que cualquier otro síntoma o problema de salud que tenga interfiera con las cosas que desea hacer?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**5. ¿Qué tan seguro está de que puede hacer las diferentes tareas y actividades necesarias para controlar su estado de salud a fin de reducir su necesidad de ver a un médico?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**6. ¿Qué tan seguro está de que puede hacer otras cosas además de tomar medicamentos para reducir cuánto afecta su enfermedad a su vida diaria?**

<i>Nada seguro(a)</i>					<i>Totalmente seguro(a)</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10