



# VALORACIÓN DE SALUD

**EZEQUIEL MONTERO GARCÍA**  
Plena inclusión Aragón



Es un cuestionario escrito en Lectura Fácil y en lenguaje no sexista.



Todas sus páginas han sido validadas por personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de la comisión de validación de Plena inclusión Aragón:



Los símbolos pictográficos utilizados de ARASAAC (<http://catedu.es/arasaac>) son parte de una obra colectiva propiedad de la Diputación General de Aragón y han creado bajo licencia Creative Commons.



## ÍNDICE

<b>VALORACIÓN DE SALUD.....</b>	<b>3</b>
¿Para qué sirve el cuestionario? .....	3
Apartados del cuestionario. ....	4
¿Cómo se rellena el cuestionario? .....	5
<b>APARTADOS .....</b>	<b>8</b>
RESPIRACIÓN. ....	8
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.....	10
ELIMINACIÓN.....	13
MOVILIZACIÓN. ....	16
REPOSO Y SUEÑO. ....	18
VESTIRSE Y DESVESTIRSE.....	20
HIGIENE DE LA PIEL. ....	22
SEGURIDAD.....	23
APRENDER. ....	26



## VALORACIÓN DE SALUD

### ¿Para qué sirve el cuestionario?

Este cuestionario sirve para valorar nuestro nivel de salud.

Es decir, que cosas de nuestra salud están bien y qué cosas están mal.

Si conocemos las cosas que están mal de nuestra salud, podemos pedir ayuda o consejo para mejorarlas.

El cuestionario lo puedes hacer solo o sola.

Si no entiendes alguna cosa, puedes pedir ayuda a la persona que te ha entregado el cuestionario.

Aquí tienes que poner tus datos personales:



**NOMBRE:**

---



**APELLIDOS:**

---

## Apartados del cuestionario.

El cuestionario tiene 8 apartados relacionados con nuestra salud.

Los apartados son:

**1. Respiración:** respirar.

**2. Alimentación e hidratación:** comer y beber.

**3. Eliminación.** Es decir, orinar y deposiciones.

**4. Movilización.** Es decir, moverse bien y mantener posturas correctas.

**5. Reposo y sueño.** Es decir, dormir y descansar bien.

**6. Vestirse y desvestirse.** Es decir, ponerse y quitarse la ropa de forma adecuada.

**7. Higiene de la piel.** Es decir, mantener cuidada nuestra piel.

**8. Seguridad.** Es decir, evitar cosas que nos hacen daño.

Al final del cuestionario hay un apartado más: **Aprender.**

En este apartado, hay una pregunta para saber qué cosas relacionadas con la salud nos interesan a nosotros.

Por ejemplo, si nos interesa saber cómo mejorar nuestra salud.

Como hemos visto, cada uno de los apartados tiene un color diferente.

Estos colores los veremos también durante el cuestionario.

Estos colores nos ayudan a saber en qué apartado del cuestionario estamos.

## ¿Cómo se rellena el cuestionario?

Dentro de cada apartado hay varias preguntas y cada pregunta tiene varias respuestas.

Ya hemos dicho que el cuestionario es para conocer cosas relacionadas con nuestra salud.

Por eso, no hay respuestas buenas o respuestas malas.

Tenemos que contestar con la respuesta que más se parece a lo que nos pasa a nosotros. Por ejemplo:

### 1. ¿Tienes tos muchas veces al día?

No.

Sí.

Si sólo tenemos tos cuando estamos resfriados, nuestra respuesta será:

No.

Sí.

Si tenemos tos casi todos los días, aunque no estemos resfriados, nuestra respuesta será:

No.

Sí.

Tenemos que leer bien todas las preguntas y todas las respuestas.

Hay preguntas con respuestas sencillas, por ejemplo:

**3. ¿Elijes la ropa tú mismo?**

No.

Si.

También hay preguntas más complicadas, por ejemplo:

**3. ¿Tienes algún problema en la boca?:**

No. → *Pregunta 4*

Si. → *Pregunta a)*

**a) ¿Qué problema tienes en la boca?**

Me falta algún diente o alguna muela.

Me duele algún diente o alguna muela.

La forma de contestar es:

**3. ¿ Tienes algún problema en la boca?:**

**No.** → *Pregunta 4* → Si respondemos **NO**, tenemos que ir a la pregunta 4

**Si.** → *Pregunta a)* → Si respondemos **Si**, tenemos que ir a la pregunta a)

**a) ¿Qué problema tienes en la boca?**

Me falta algún diente o alguna muela.

Me duele algún diente o alguna muela.

En esta pregunta, las flechas nos dicen lo que tenemos que hacer:

- Si tenemos problemas en la boca, nuestra respuesta es **SI**.

La flecha nos dice que contestemos a la pregunta a), que trata sobre nuestros problemas en la boca.

- Si no tenemos problemas, nuestra respuesta es **NO**.

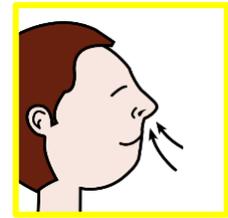
La flecha nos dice que vayamos a la pregunta 4 que trata sobre otra cosa.

## RESPIRACIÓN.

### 1. ¿Te cuesta respirar?

**No.** → *Pregunta 2*

**Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿En qué momentos te cuesta respirar?

- Me cuesta respirar incluso cuando estoy sentado sin hacer nada.
- Cuando hago un poco de esfuerzo, como andar o subir escaleras.
- Cuando hago esfuerzos muy grandes, como correr o hacer cosas en las que tengo que hacer mucha fuerza.

### 2. ¿Tomas alguna medicación para respirar mejor?

**No.** → *Pregunta 3*

**Si.** → *Pregunta a) y b)*

#### a) ¿Qué medicación tomas?

- Uso oxígeno.
- Uso aerosoles o inhaladores.



#### b) ¿Usas la medicación solo o te ayudan a usarla?

- Me ayudan a usar la medicación.
- Utilizo la medicación yo solo.

### 3. ¿Tienes tos muchas veces al día?

- No.** → *Pregunta 4*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Tienes también mocos?

- Tengo tos y también tengo mocos.
- Tengo tos, pero no tengo mocos

### 4. Otros datos

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la respiración:

---

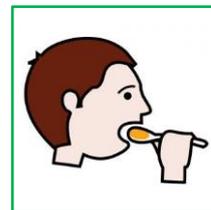
---

---

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

### 1. ¿Haces alguna alimentación diferente para comer?:

- No**, como de todo.
- No**, pero como muchos dulces, patatas fritas, chucherías y alimentos fritos.
- Si**, llevo una dieta para comer. → *Pregunta a)*

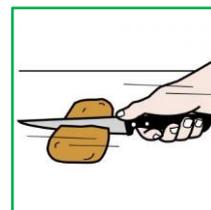


#### a) Si llevas dieta, ¿qué tipo de dieta llevas?

- Llevo una dieta diabética.  
Como alimentos para controlar el azúcar.
- Llevo una dieta hiposódica.  
Como los alimentos con poca sal o ninguna.
- Llevo una dieta para perder peso.
- Otra dieta que haga diferente: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Necesitas ayuda para comer?

- No**. → *Pregunta 3*
- Si**. → *Pregunta a)*



#### a) ¿Cómo necesitas que te ayuden?

- Necesito que me ayuden a cortar y coger la comida.
- Necesito que me den la comida.
- Necesito un aparato que me ayude a coger la comida.

### 3. ¿Tienes algún problema en la boca?:

- No.** → *Pregunta 4*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Qué problema tienes en la boca?

- Me falta algún diente o alguna muela.
- Me duele algún diente o alguna muela.
- Tengo una herida en la boca o en la lengua.
- Me huele el aliento.

### 4. ¿Vomitas o tienes ganas de vomitar después de comer?

- No.** → *Pregunta 5*
- Si.** → *Pregunta a)*



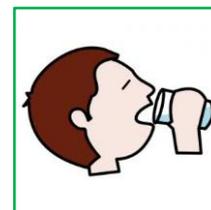
#### a) ¿Cuánto vomitas?

- Vomito mucho.
- Vomito poco.

## 5. ¿Bebes muchos líquidos a lo largo del día?

Por ejemplo, agua, refrescos, zumos, cerveza...

- Bebo pocos líquidos. → *Pregunta 6*
- Bebo muchos líquidos. → *Pregunta a)*

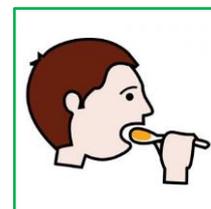


### a) ¿Qué líquidos y cuantos líquidos bebes?

- Bebo mucha agua.
- Bebo muchos refrescos.
- Bebo mucha cerveza o vino.
- Bebo mucho zumo, pero no es zumo natural.

## 6. ¿Cuántas veces comes al día?

- Como siempre que tengo hambre.
- Como \_\_\_\_\_ veces al día.



## 7. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la comida o con la bebida:

---

---

---

## ELIMINACIÓN

1. ¿Cuántas deposiciones haces al día? \_\_\_\_\_



2. ¿Cómo son las deposiciones?

- Son normales.
- Son líquidas.
- Son duras.

3. ¿Tienes algún problema al hacer las deposiciones?

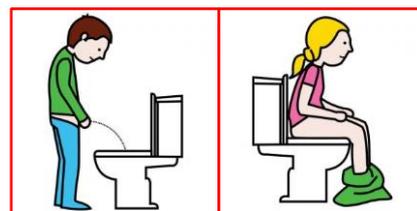
- No.** → *Pregunta 4*
- Si.** → *Pregunta a)*

**a) ¿Qué problemas tienes?**

- No puedo controlarlas para llegar al baño.
- Me duele al realizar las deposiciones.
- Tengo muchos gases.

#### 4. ¿Tienes problemas para controlar la orina?

- No.** → *Pregunta 5*
- Si.** → *Pregunta a)*



##### a) ¿Cuántas veces tienes problemas para orinar?

- Muchas veces.
- Pocas veces.

#### 5. ¿Tienes algún problema para orinar?

- No.** → *Pregunta 6*
- Si.** → *Pregunta a)*

##### a) ¿Qué problemas tienes para orinar?

- A veces tengo ganas de orinar, pero no puedo.
- Me duele o me pica al orinar.
- Algunas veces veo sangre en la orina o la orina es de diferente color.

#### 6. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la eliminación:

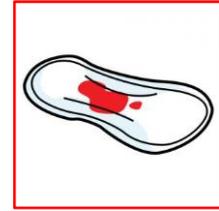
---

---

---

**Contesta estas preguntas sólo si eres mujer.**

Si no eres mujer pasa al apartado **MOVILIZACIÓN**.



**1. ¿Tienes la menstruación, es decir, la regla?**

- No.** pasa al apartado **MOVILIZACIÓN**
- Si.**

**2. ¿Tienes problemas con la regla?**

- No.** → *Pregunta 3*
- Si.** → *Pregunta a)*

**a) ¿Qué problemas tienes con la regla?**

- Creo que sale mucha sangre o sale más sangre que antes.
- Creo que sangro muy poco o sale menos sangre que antes
- Sale sangre días que no me toca la regla.
- Me duele mucho cuanto tengo la regla.

**3. ¿Cada cuántos días te viene la regla?:** \_\_\_\_\_

**4. Otros datos**

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la menstruación:

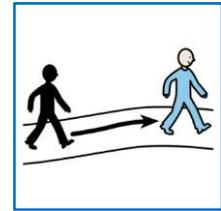
---

---

## MOVILIZACIÓN.

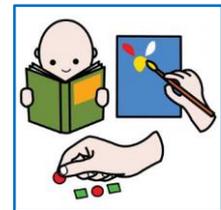
### 1. ¿Cómo te mueves? Por ejemplo, para ir de un sitio a otro.

- Puedo andar sin dificultad
- Utilizo silla de ruedas o muletas
- Estoy casi todo el día sentado o tumbado.



### 2. ¿Necesitas ayuda para realizar tareas?

- No.** → *Pregunta 3*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Qué ayuda necesitas?

- Necesito ayuda de algún aparato para poder hacer determinadas cosas.
- Necesito que otra persona me ayude o me diga como tengo que hacerlo.
- Necesito que me hagan la mayoría de cosas.

### 3. ¿Haces algún tipo de ejercicio?

- No.** → *Pregunta 4*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Qué ejercicio haces?

- Paseo de vez en cuando.
- Paseo todos los días.
- Hago algún deporte.

### 4. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la movilización:

---

---

---

## REPOSO Y SUEÑO.

1. ¿Cuántas horas duermes al día?: \_\_\_\_\_



2. ¿Tienes algún problema relacionado con dormir?

- No.** → *Pregunta 3*
- Si.** → *Pregunta a)*

**a) ¿Qué problema tienes para dormir?**

- Me cuesta conseguir dormirme.
- Me despierto muchas veces por la noche.
- Me quedo dormido en cualquier sitio.
- No respiro bien mientras duermo.

3. ¿Usas algún medicamento para poder dormir?

- No.** → *Pregunta 4*
- Si.** → *Pregunta a)*



**a) ¿Qué tomas para dormir?**

- Tomo un medicamento todas las noches.
- Tomo algún producto natural.
- Tomo pastillas que no son medicamentos.

#### 4. ¿Haces alguna actividad para poder dormir?

- No.**
- Si, hago ejercicios con el cuerpo para poder dormir.**

#### 5. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con el sueño y el reposo:

---

---

---

## VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

### 1. ¿Necesitas ayuda para quitarte la ropa?

- No.** → *Pregunta 2*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Qué ayuda necesitas?

- Necesito ayuda de algún aparato.
- Necesito que otra persona me ayude a vestirme.

### 2. ¿Necesitas ayuda para ponerte la ropa?

- No.** → *Pregunta 3*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Qué ayuda necesitas?

- Necesito ayuda de algún aparato.
- Necesito que otra persona me ayude a vestirme.

### 3. ¿Elijes la ropa tú mismo?

- No.**
- Si.**

#### 4. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la forma de ponerte y quitarte la ropa:

---

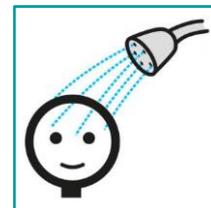
---

---

## HIGIENE DE LA PIEL.

### 1. ¿Necesitas ayuda para ducharte?

- No.** → *Pregunta 2*
- Si.** → *Pregunta a)*

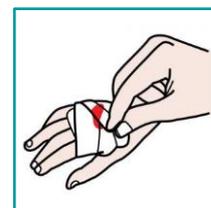


#### a) ¿Qué tipo de ayuda necesitas?

- Necesito un objeto o un aparato para poder limpiarme bien.
- Necesito que una persona me ayude.

### 2. ¿Tienes alguna herida? La herida puede estar en cualquier parte del cuerpo.

- No.** → *Pregunta 3*
- Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Te curas la herida?

- Voy al centro de salud para que me curen la herida todos los días.
- Me curo yo la herida en casa.
- No.**

### 3. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la higiene de la piel:

---

---

## SEGURIDAD.

### 1. ¿Tienes alguna alergia?

**No.** → *Pregunta 2*

**Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿A qué tienes alergia?

Tengo alergia a algún alimento.

¿A qué alimentos? : \_\_\_\_\_

Tengo alergia a algún medicamento.

¿A qué medicamento? \_\_\_\_\_

Tengo alergia al polen.

Tengo alergia a otra cosa.

¿A qué cosas tienes alergia? \_\_\_\_\_

### 2. ¿Bebes alcohol?

**No.** → *Pregunta 3*

**Si.** → *Pregunta a)*



#### a) ¿Cuánto alcohol bebes?

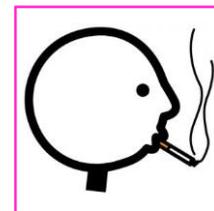
Solo bebo algunos días.

¿Qué bebes? \_\_\_\_\_

Todos los días bebo algo de alcohol.

¿Qué bebes? \_\_\_\_\_

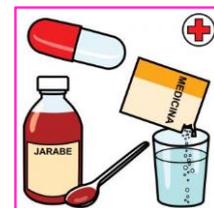
### 3. ¿Eres fumador o fumadora?



- No he fumado nunca.**
- No**, pero he sido fumador o fumadora.  
¿Cuánto tiempo llevas sin fumar? \_\_\_\_\_
- Si.**  
¿Cuántos cigarrillos fumas al día? \_\_\_\_\_  
¿Quieres dejar de fumar? \_\_\_\_\_

### 4. Las personas con una enfermedad crónica tienen que tomar medicación todos los días.

#### ¿Tienes una enfermedad crónica?



- No.** → *Pregunta 5*
- Si.** → *Pregunta a) y b)*

#### a) ¿Preparas la medicación solo o necesitas ayuda?

- Yo preparo la medicación sin ayuda.
- Necesito que alguien me diga qué medicación me toca

#### b) ¿Tomas la medicación solo o necesitas ayuda?

- Yo me tomo la medicación sin ayuda.
- Necesito que alguien me ayude para tomar la medicación

## 5. Otros datos.

Escribe aquí si tienes otros problemas que tienen que ver con la seguridad:

---

---

---

## **APRENDER.**

Esta es la última parte del cuestionario.

Nos preguntan por las cosas relacionadas con nuestra salud que nos gustaría saber más.

Por ejemplo, si te interesa tener más información sobre la medicación que tomas.

O que cosas puedes hacer para mejorar tu salud.

En esta parte del cuestionario puedes marcar todas las respuestas que quieras.

### **Me gustaría saber más sobre:**

- Medicamentos.
- Enfermedades.
- Cómo puedo cuidar mi salud sin ayuda.
- Qué objetos pueden ser buenos para mi salud.
- Educación sexual.
- Cómo resolver problemas y saber si lo hemos solucionado.
- Salud mental: ansiedad, depresión...
- Adicciones: tabaco, alcohol...

- Prevención de enfermedades.
- Primeros auxilios
- Alimentación: prevención de trastornos alimenticios, dietas, comida sana...

Escribe aquí los temas sobre los que te gustaría saber más cosas:

---

---

---

