

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

**NOMS Admission Patient-Reported Outcome (PRO) Form**  
**Función Cognitiva – Cuestionario Abreviado**  
**Edad: 18+**

<b>Instrucciones:</b> Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Fuente: Cella, D. Lai, J-S., et al. (2012). Neuro-QOL: brief measures of health-related quality of life for clinical research in neurology. <i>Neurology</i> , 78(23), 1860-1867.					
En los últimos 7 días...	Nunca	Rara vez (una vez)	Algunas veces (2 o 3 veces)	A menudo (como una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)
Tuve que leer algo más de una vez para entenderlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensé con lentitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometería un error.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve dificultad para concentrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuánta DIFICULTAD tiene actualmente para...	Nada	Poco	Algo	Mucho	No puedo hacerlo
leer y seguir instrucciones complicadas (por ejemplo, las instrucciones de un medicamento nuevo)?	<input type="checkbox"/>				
planear y acudir a citas que no formen parte de su rutina semanal (por ejemplo, una cita para terapia o con un médico, o una reunión social con amigos y familiares)?	<input type="checkbox"/>				
organizar su tiempo para realizar la mayor parte de sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>				
aprender tareas o instrucciones nuevas?	<input type="checkbox"/>				

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Facility: \_\_\_\_\_

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

## NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form & Satisfaction Survey

### Función Cognitiva – Cuestionario Abreviado

**Edad: 18+**

<b>Instrucciones:</b> Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Fuente: Cella, D. Lai, J-S., et al. (2012). Neuro-QOL: brief measures of health-related quality of life for clinical research in neurology. <i>Neurology</i> , 78(23), 1860-1867.					
En los últimos 7 días...	Nunca	Rara vez (una vez)	Algunas veces (2 o 3 veces)	A menudo (como una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)
Tuve que leer algo más de una vez para entenderlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensé con lentitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometería un error.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve dificultad para concentrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuánta DIFICULTAD tiene actualmente para...	Nada	Poco	Algo	Mucho	No puedo hacerlo
leer y seguir instrucciones complicadas (por ejemplo, las instrucciones de un medicamento nuevo)?	<input type="checkbox"/>				
planear y acudir a citas que no formen parte de su rutina semanal (por ejemplo, una cita para terapia o con un médico, o una reunión social con amigos y familiares)?	<input type="checkbox"/>				
organizar su tiempo para realizar la mayor parte de sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/>				
aprender tareas o instrucciones nuevas?	<input type="checkbox"/>				

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Facility: \_\_\_\_\_

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

## NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form (continued)

### Encuesta de satisfacción de NOMS

**Instrucciones:** Por favor díganos lo que piensa acerca de su función cognitiva. Si es apoderado, responda a las siguientes preguntas según lo que crea que diría su familiar.

Fuente: Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (2019). Encuesta de satisfacción del Sistema Nacional de Medición de Resultados (NOMS).

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Participé en la planificación y aplicación de mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje, comprendo mejor mi problema cognitivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mis capacidades cognitivas han mejorado gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que poseo las capacidades cognitivas necesarias para participar en actividades escolares, laborales o sociales gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Facility: \_\_\_\_\_