

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

NOMS Admission Patient-Reported Outcome (PRO) Form
EAT-10: Despistaje de la Disfagia
Edad: 18+

Instrucciones: Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Fuente: Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., et al. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool. <i>Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology</i> , 117, 919-924.					
	0 Ningún problema	1	2	3	4 Es un problema serio
Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar pastillas me supone en esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toso cuando como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es estresante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
EAT-10: Despistaje de la Disfagia
Edad: 18+

Instrucciones: Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Fuente: Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., et al. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool. <i>Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology</i> , 117, 919-924.					
	0 Ningún problema	1	2	3	4 Es un problema serio
Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toso cuando como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es estresante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____