

How was the PRO administered? ☐ Individual completed independently ☐ Care partner completed
☐ Clinician interviewed individual ☐ Clinician interviewed care partner

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

Instrucciones: 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. *Neurology*, 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.	☐	☐	☐	☐	☐
Pensé con lentitud.	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometería un error.	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para concentrarme.	☐	☐	☐	☐	☐

¿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)?	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐
organizar su tiempo para realizar la mayor parte de sus actividades diarias?	☐	☐	☐	☐	☐
aprender tareas o instrucciones nuevas?	☐	☐	☐	☐	☐

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____

How was the PRO administered? ☐ Individual completed independently ☐ Care partner completed
☐ Clinician interviewed individual ☐ Clinician interviewed care partner

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

Función Cognitiva – Cuestionario Abreviado

Edad: 18+

Instrucciones: 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. *Neurology*, 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.	☐	☐	☐	☐	☐
Pensé con lentitud.	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometería un error.	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para concentrarme.	☐	☐	☐	☐	☐

¿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)?	☐	☐	☐	☐	☐
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)?	☐	☐	☐	☐	☐
organizar su tiempo para realizar la mayor parte de sus actividades diarias?	☐	☐	☐	☐	☐
aprender tareas o instrucciones nuevas?	☐	☐	☐	☐	☐

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____

How was the PRO administered? ☐ Individual completed independently ☐ Care partner completed
☐ Clinician interviewed individual ☐ Clinician interviewed care partner

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.	☐	☐	☐	☐	☐
Gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje, comprendo mejor mi problema cognitivo.	☐	☐	☐	☐	☐
Creo que mis capacidades cognitivas han mejorado gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____