Identificación del Personal con Discapacidad

Lista corta mejorada de preguntas sobre funcionamiento.

Lista Breve de Preguntas sobre Funcionamiento construida por el Grupo de Washington, un instrumento utilizado internacionalmente para identificar a las personas que pueden experimentar limitaciones en su funcionamiento en diferentes actividades de la vida diaria. Su propósito es generar información estadística confiable que contribuya al diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios orientados a promover la igualdad de oportunidades, la inclusión y la accesibilidad. No existen respuestas correctas o incorrectas. Es importante que responda de manera honesta y basándose en su experiencia personal, ya que la calidad de la información dependerá de la precisión de sus respuestas. La información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines estadísticos y de formulación de políticas públicas, de conformidad con las disposiciones legales

Información General - Persona Encuestada:

1. Cédula de Identidad: *

2. Nombre Completo: *

3. Dirección o Departamento: *

4. Cargo: *

5. Grupo Ocupacional: *

6. Rango de edad: *

- ◯ 18 a 30
- ◯ 31 a 40
- ◯ 41 a 50
- ◯ Más de 50

Consentimiento informado - Identificación de Personas con Discapacidad en la organización

7. La información recopilada será administrada por el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) conforme a la normativa vigente sobre
protección de datos personales, acceso a la información pública y los principios de confidencialidad, finalidad, proporcionalidad y
seguridad de la información. Los datos serán utilizados exclusivamente para fines institucionales relacionados con la promoción,
protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad. *

   ◯ OK

Preguntas sobre Funcionamiento:

Las preguntas se refieren a seis áreas del funcionamiento: visión, audición, movilidad, cognición
(recordar o concentrarse), cuidado personal y comunicación. En ningún momento se le preguntará si
usted tiene o no una discapacidad. En su lugar, se le solicitará indicar el grado de dificultad que
experimenta para realizar cada una de estas actividades, utilizando las opciones de respuesta

8. **Visión**

¿Tiene usted dificultad para ver, incluso cuando usa sus gafas?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta] *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

9. **Audición**

¿Tiene usted dificultad para oír, incluso cuando usa la(s) prótesis auditiva(s)?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

10. **Movilidad**

¿Tiene usted dificultad para caminar o subir escalones?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

11. ¿Utiliza usted algún dispositivo o recibe ayuda para desplazarse? *

- ◯ Sí
- ◯ No
- ◯ No Contesta
- ◯ No sabe

12. **Comunicación**

Cuando emplea su lenguaje habitual, ¿tiene usted dificultad para comunicarse, por ejemplo, para entender a los demás o para que [lo/la] entiendan? ¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

13. **Conocimiento (Capacidad de Recordar)**

¿Tiene usted dificultad para recordar o concentrarse? ¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

14. **Cuidado Personal**

¿Tiene usted dificultad para valerse por sí mismo, como lavarse el cuerpo o vestirse?¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

15. **Parte Superior del Cuerpo**

¿Tiene usted dificultad para levantar una botella de 2 litros de agua o refresco desde la cintura hasta la altura de los ojos?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

16. ¿Tiene usted dificultad para usar sus manos y dedos? Por ejemplo, al recoger objetos
pequeños como un botón o un lápiz, o al abrir y cerrar recipientes o botellas.
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta] *

- ◯ No tiene ninguna dificultad
- ◯ Tiene cierta dificultad
- ◯ Tiene mucha dificultad
- ◯ Le resulta imposible
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

Afecto (Ansiedad y Depresión

Antes de responder esta sección, lea cuidadosamente las preguntas y seleccione la opción que mejor
refleje su situación. Si actualmente utiliza medicamentos para regular su estado de ánimo, responda
considerando cómo se ha sentido mientras los ha estado tomando. Conteste todas las preguntas de
forma honesta; la información proporcionada será tratada con confidencialidad y utilizada únicamente

17. ¿Con qué frecuencia se siente usted preocupado/a, nervioso/a o ansioso/a?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta] *

- ◯ Todos los días
- ◯ Cada Semana
- ◯ Cada mes
- ◯ Algunas veces al año
- ◯ Nunca
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

18. Con respecto a la última vez en que usted se sintió preocupado/a, ansioso/a o nervioso/a, ¿cómo describiría usted el nivel de esos sentimientos? ¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta] *

- ◯ Un poco
- ◯ Mucho
- ◯ Ni poco ni mucho
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

19. ¿Con qué frecuencia se siente usted deprimido/a? ¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ Todos los días
- ◯ Cada Semana
- ◯ Cada mes
- ◯ Algunas veces al año
- ◯ Nunca
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

20. Con respecto a la última vez en que usted se sintió deprimido/a, ¿en qué grado se sintió usted deprimido/a?
¿Diría que… [Lea las categorías de respuesta]? *

- ◯ Un poco
- ◯ Mucho
- ◯ Ni poco ni mucho
- ◯ No contesta
- ◯ No sabe

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

Microsoft Forms