

# Cuestionario de Satisfacción de la Silla de Ruedas

Para que un usuario de silla de ruedas califique su silla

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_

Ubicación (ciudad, localidad): \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Hace cuantos años utiliza silla de ruedas? \_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo lleva utilizando la silla de ruedas actual? \_\_\_\_

¿Qué tipo de silla de ruedas utiliza y cuál es el modelo? \_\_\_\_\_

Marca la respuesta que más aplica:

La silla de ruedas es empujada por:

Por asistente  Por asistente y por mi mismo  Casi completamente por mi mismo  Por mi mismo

¿La silla de ruedas era nueva cuando la recibió? Sí  No

Control de su cabeza y tronco: Ninguno  Pobre  Regular  Bueno

**Instrucciones:** Marque en la línea para indicar su satisfacción con ese aspecto de su silla de ruedas.

- Responda a cada pregunta colocando una línea vertical. Marca en cualquier parte a lo largo de la línea.
- **No** ponga un círculo sobre los números; los números son sólo para referencia
- Incluya al menos **una oración completa** en la línea de comentarios para describir la razón de su calificación
  - Sea específico sobre situaciones o acerca de las partes de la silla de ruedas que son problemáticas o que causa dolor o incomodidad.
  - **Si menciona partes con las que tiene dificultades, esto podrá ayudar a realizar modificaciones y reparaciones.**
  - **El ejemplo abajo** muestra cómo fue clasificado un zapato.

**Si una pregunta no se aplica a usted, no marque en la línea.** Explique en el comentario por qué no aplica. **Vea el último ejemplo (3)** en el que la pregunta no aplica.

**EJEMPLO 1:** Califique su satisfacción con la forma en que su **zapato izquierdo se adapta** a su pie.



**Comentario:** *El zapato es demasiado corto y estrecho. Me duelen los pies.*

**EJEMPLO 2:** Califique su satisfacción con la forma en que su **zapato izquierdo se adapta** a su pie.



**Comentario:** *No tengo zapato izquierdo, pero necesito uno. Mi pie izquierdo se lastima con frecuencia.*

**EJEMPLO 3:** Califique su satisfacción con la forma en que su **zapato izquierdo se adapta** a su pie.



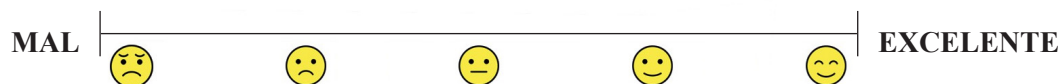
**Comentario:** *Esto no se aplica a mi. No tengo pies.*

1. Califique su satisfacción con las partes donde se apoyan sus **caderas, glúteos y muslos.**



Comentario: \_\_\_\_\_

2. Califique su satisfacción con las partes donde se apoya su **espalda, tronco y cabeza.**



Comentario: \_\_\_\_\_

3. Califique su satisfacción con las partes donde se apoyan sus **pantorrillas, tobillos y pies.**



Comentario: \_\_\_\_\_

4. Califique su satisfacción con las partes donde se apoyan sus **hombros, brazos y manos.**



Comentario: \_\_\_\_\_

5. Califique su satisfacción con las **partes que utilizan otras personas** para empujar su silla de ruedas.



Comentario: \_\_\_\_\_

6. Califique su satisfacción con respecto a las **ruedas** delanteras y su fijación a la silla de ruedas.



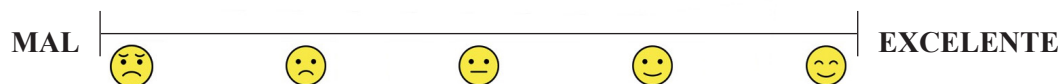
Comentario: \_\_\_\_\_

7. Califque su satisfacci3n con las **ruedas grandes y los aros de propulsi3n (aros de empuje).**



Comentario: \_\_\_\_\_

8. Califque su satisfacci3n con los **frenos.**



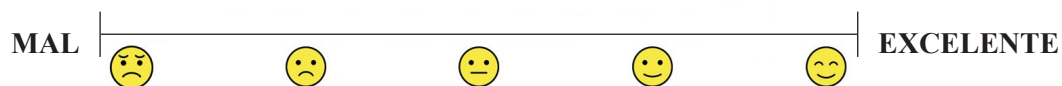
Comentario: \_\_\_\_\_

9. Califque su satisfacci3n con la forma en que su **silla de ruedas se adapta a su cuerpo.**



Comentario: \_\_\_\_\_

10. Califque su satisfacci3n con el **color y la apariencia** de esta silla de ruedas. ¿Es feo o se ve bien?



Comentario: \_\_\_\_\_

11. Califque su satisfacci3n sobre c3mo la silla de ruedas le permite **maniobrarla (manejarla) en espacios peque1os.**



Comentario: \_\_\_\_\_

12. Califque su satisfacci3n sobre c3mo la silla de ruedas le permite maniobrarla facilmente **en todos los terrenos y obst1culos.**



Comentario: \_\_\_\_\_

13. Califique su satisfacción sobre cómo la silla de ruedas le facilita **entrar y salir de la misma (realizar transferencias).**



Comentario: \_\_\_\_\_

14. Califique su satisfacción con la forma en que la silla de ruedas le facilita completar **actividades diarias en un escritorio o mesa.**



Comentario: \_\_\_\_\_

15. Califique su satisfacción sobre como esta silla de ruedas ayuda su capacidad para **sentarse erguido y para ver los demás.**



Comentario: \_\_\_\_\_

16. Califique su satisfacción con la forma en que su silla de ruedas actual le ayuda a **viajar en vehículos como automóviles y transporte público.**



Comentario: \_\_\_\_\_

17. Califique su **satisfacción general** con su silla de ruedas actual.



Comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_