

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 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 (continued)

Encuesta de satisfacción de NOMS

Instrucciones: Por favor díganos lo que piensa acerca de su habilidad para tragar. 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 para tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi problema para tragar ha 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 la habilidad de tragar necesaria para participar en diversas actividades 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: _____