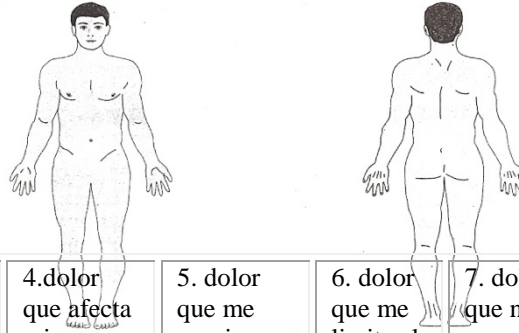


Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Si su dolor se mueve de un sitio a otro. Dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina. Luego identifique dejándose llevar por la descripción de la escala, la intensidad del dolor en este momento en el área que aplique. Utilice los símbolos a continuación:

*Dolor: >>> Adormecimiento: === Alfilerazos: ooo Ardor: xxx Punzadas: /// Latidos +++*



1. sin dolor	2. Incomodidad	3. dolor que no afecta mis actividades	4. dolor que afecta mis actividades	5. dolor que me previene de hacer mis actividades	6. dolor que me limita el tiempo de trabajo	7. dolor que no me permite trabajar	8. dolor que no me permite trabajar, ni hacer mis actividades personales	9. dolor que me deja en cama	10. dolor que no puedo soportar
--------------	----------------	--	-------------------------------------	---	---	-------------------------------------	--	------------------------------	---------------------------------

**Escala de Dolor**

Cuello: -----  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espalda -----  
 Media: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espalda -----  
 Baja: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Caderas: -----  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otro Lugar (indique): \_\_\_\_\_  
 -----  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ #Contrato: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted caso en ACAA o FONDO? \_\_\_\_ Si \_\_ NO

# CUESTIONARIO DE DOLOR DE CUELLO E INCAPACIDAD (VERNON-MIOR)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de cuello afecta su habilidad de llevar a cabo actividades de su vida diaria. Favor de contestar cada sección y **marcar UNA contestación, la que mejor le aplique a usted.** Entendemos que usted puede considerar dos respuestas en cada sección, pero favor de escoger solamente la que mejor describa su problema.

## Sección 1 - Intensidad del Dolor

- No tengo dolor en este momento.
- En este momento, el dolor es muy leve.
- En este momento, el dolor es moderado.
- En este momento, el dolor es bastante severo.
- En este momento, el dolor es muy severo.
- En este momento, el dolor es el peor jamás sentido.

## Sección 2 - Cuidado Personal (Bañarse, Vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin que me de dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente pero me causa dolor adicional.
- Es doloroso cuidarme normalmente y soy más lento y cuidadoso.
- Necesito un poco de ayuda, pero puedo manejar casi todo mi cuidado personal.
- Necesito ayuda diaria para la mayoría de mis cuidados personales.
- No me puedo vestir, me lavo con dificultad y tengo que estar en cama.

## Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin que me produzcan dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me produce dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles ( sobre una mesa, etc).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesibles.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.
- No puedo levantar o transportar nada.

## Sección 4 - Lectura

- Puedo leer tanto cuanto deseo sin ningún dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo con poco dolor en mi cuello.
- Puedo leer tanto cuanto deseo dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer tanto cuanto deseo debido al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido al dolor severo en mi cuello.
- No puedo leer en lo absoluto.

## Sección 5 - Dolores de Cabeza

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo dolores de cabeza leves ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados ocasionalmente.
- Tengo dolores de cabeza moderados frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza severos frecuentemente.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Nombre: \_\_\_\_\_

## Sección 6 - Concentración

- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente sin ninguna dificultad.
- Cuando quiero, puedo concentrarme completamente con un poco de dificultad.
- Tengo bastante dificultad en concentrarme.
- Tengo mucha dificultad en concentrarme.

- Tengo muchísima dificultad concentrarme.
- No me puedo concentrar en lo absoluto.

## Sección 7 - Trabajo

- Puedo hacer todo el trabajo que deseo.
- Puedo solamente hacer mi trabajo usual, pero nada más.
- Puedo hacer la mayoría de mi trabajo usual, pero nada más.
- No puedo hacer mi trabajo usual.
- Apenas puedo hacer algún trabajo.
- No puedo hacer ningún trabajo en lo absoluto.

## Sección 8 - Manejar

- Puedo manejar mi automóvil sin que me de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo manejar mi automóvil pero me da un dolor moderado en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido a un dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo manejar mi automóvil debido que me da un severo dolor en mi cuello.
- No puedo manejar mi automóvil debido al dolor severo en mi cuello.

## Sección 9 - Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño es muy poco interrumpido (menos que 1 hora desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido levemente (1-2 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido moderadamente (2-3 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es grandemente interrumpido (3-5 horas desvelado(a)).
- Mi sueño es interrumpido completamente (5-7 horas desvelado(a)).

## Sección 10 - Recreación

- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales sin ningún dolor en mi cuello.
- Puedo hacer todas mis actividades recreacionales con un poco de dolor en mi cuello.
- Puedo hacer la mayoría, pero no todas, de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Puedo hacer algunas de mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer mis actividades recreacionales usuales debido al dolor en mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreacional en lo absoluto

## CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA E INCAPACIDAD (OSWESTRY REVISADO)

Este cuestionario ha sido diseñado para proveerle al doctor información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su habilidad de llevar a cabo actividades normales de su vida diaria. Por Favor, conteste cada sección y **marque en cada sección UNA contestación que mejor aplique a usted**. Entendemos que usted podría considerar dos respuestas en cada sección, pero favor, de escoja solamente la mejor que describa su problema.

### Sección 1 - Intensidad del Dolor

- El dolor va y viene y es muy leve.
- El dolor es leve y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es moderado.
- El dolor es moderado y no varía mucho.
- El dolor va y viene y es muy severo.
- El dolor es severo y no varía mucho.

### Sección 2 - Cuidado Personal

- No tengo que cambiar la manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
- Normalmente no cambio mi manera de bañarme o vestirme aunque cause un poco de dolor.
- El bañarme y vestirme aumenta el dolor, pero no tengo que cambiar mi manera de hacerlo.
- El bañarme y vestirme causa un aumento en el dolor y encuentro necesario cambiar mi manera de hacerlo.
- Debido al dolor, necesito ayuda para bañarme y vestirme completamente.
- Debido al dolor no soy capaz de bañarme y vestirme sin algo de ayuda.

### Sección 3 - Levantar Objetos

- Puedo levantar objetos pesados sin producir dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me producen dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si están accesibles. (Sobre una mesa, etc.).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos y de peso mediano si están accesible.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.

### Sección 4 - Caminar

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo un poco de dolor al caminar, pero no aumenta mientras más camino.
- No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ½ milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar más de ¼ de milla sin que el dolor aumente.
- No puedo caminar en lo absoluto sin que aumente el dolor.

### Sección 5 - Sentarse

- Puedo sentarme en cualquier silla por cuánto tiempo desee.
- Solamente puedo sentarme en mi silla favorita por cuanto tiempo desee.
- El dolor impide sentarme por más de 1 hora.
- El dolor impide sentarme por más de ½ hora.
- El dolor impide sentarme por más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque me aumenta el dolor inmediatamente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Sección 6 - Estar de Pie

- Puedo estar de pie por cuanto tiempo desee sin sentir dolor.
- Tengo un poco de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo estar de pie por más de 1 hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de ½ hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.
- Evito estar de pie porque me aumenta el dolor inmediatamente.

### Sección 7 - Dormir

- No me da dolor cuando me acuesto.
- Me da dolor cuando me acuesto, pero duermo bien.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¼.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ½.
- Debido al dolor mi sueño normal se ha reducido por ¾.
- El dolor me impide dormir totalmente.

### Sección 8 - Vida Social

- Mi vida social es normal y no me produce dolor.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no afecta significativamente mi vida social, más allá de limitar mis intereses más energéticos (bailar, etc.).
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
- Apenas tengo vida social debido al dolor.

### Sección 9 - Viajar

- No tengo dolor cuando viajo.
- Tengo un poco de dolor al viajar, pero ninguna de mis maneras usuales de transporte aumentan el dolor.
- El dolor aumenta cuando viajo, pero no me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor aumenta cuando viajo, y me obliga a utilizar otras alternativas de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte.
- El dolor me restringe de cualquier medio de transporte, excepto si voy acostado.

### Sección 10 - Cambios en Grado de Dolor

- Mi dolor está mejorando rápidamente.
- Mi dolor fluctúa, pero en general está definitivamente mejorando.
- Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta al momento.
- Mi dolor no está mejorando ni empeorando.
- Mi dolor está gradualmente empeorando.
- Mi dolor está rápidamente empeorando.

## EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR

Indique las dificultades que está padeciendo, escribiendo el número apropiado, de acuerdo a la leyenda abajo escrita.

Si una actividad NO le causa dolor o si el dolor no afecta el realizar algunas de estas actividades déjela en blanco.

### LEYENDA/Guía:

- (1) Esta actividad causa algún dolor, pero es solo una incomodidad.
- (2) Esta actividad causa un dolor significativo, pero lo puedo hacer.
- (3) No puedo desempeñar esta actividad por el dolor y la molestia que me causa.

### Cuidado Personal e Higiene

- ( ) bañarse      ( ) lavarse los diente      ( ) ponerse zapatos      ( ) comer      ( ) lavar ropa  
( ) lavarse cabello      ( ) vestir la cama      ( ) ponerse pantalones      ( ) fregar      ( ) usar el baño  
( ) lavarse cara      ( ) ponerse la camisa      ( ) cocinar      ( ) sacar la basura

### Actividades Físicas

- ( ) pararse      ( ) caminar      ( ) alcanzar      ( ) doblarse a la derecha      ( ) girar hacia derecha  
( ) sentarse      ( ) agacharse      ( ) doblarse al frente      ( ) doblarse a izquierda      ( ) girar hacia izquierda  
( ) recostarse      ( ) arrodillarse      ( ) estirarse hacia atrás      ( ) mirar a la izquierda      ( ) mirar a la derecha

### Actividades Funcionales

- ( ) Cargar objetos pequeños      ( ) levantar algo de una mesa      ( ) empujar/halar de pie  
( ) cargar objetos grandes      ( ) subir escaleras      ( ) ejercitar área superior del cuerpo  
( ) cargar cartera      ( ) empujar/halar sentado      ( ) ejercitar área inferior del cuerpo

### Actividades Recreativas

- ( ) jugar con niños      ( ) correr      ( ) nadar      ( ) bailar  
( ) correr bicicleta      ( ) pescar      ( ) deportes competitivos      ( ) jardinería  
( ) caminar      ( ) correr caballo      ( ) lavar auto      ( ) otro: \_\_\_\_\_

### Dificultades viajando

- ( ) conducir      ( ) guiar por largos periodos de tiempo  
( ) ir como pasajero      ( ) ir como pasajero por largos periodos de tiempo

### Otras actividades

Utilice esta escala para siguiente actividades:

- (1) Esta actividad está un poco afectada por mi condición.
- (2) Esta actividad esta moderadamente afectada por mi condición.
- (3) Esta actividad está severamente afectada pro mi condición.
- (4) No puedo realizar la actividad pro mi condición.

- ( ) Concentración      ( ) escuchar      ( ) estudiar      ( ) escribir  
( ) Dormir      ( ) relaciones sexuales      ( ) leer      ( ) usar computadora