

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Nota: Este cuestionario ha sido diseñado para brindarle a su médico información sobre cómo su dolor y/o disfunción del cuello lo han afectado en sus actividades diarias. Por favor conteste cada sección; marcando solo UNA casilla que mejor describa su estado en promedio en la última semana.

Sección 1 - Intensidad del dolor

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante intenso en este momento.
- El dolor es muy intenso en este momento.
- El dolor es el peor imaginable en este momento.

Sección 2 - Cuidado personal (lavado, vestido, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor adicional.
- Puedo cuidarme normalmente, pero me causa más dolor.
- Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso..
- Necesito ayuda, pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Sección 3 – Levantamiento

- Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me da más dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están convenientemente colocados (sobre una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manejar objetos livianos a medianos si están convenientemente colocados.
- Puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni cargar nada en absoluto

Sección 4 – Lectura

- Puedo leer el tiempo que quiero sin dolor en el cuello.
- Puedo leer el tiempo que quiero con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo leer el tiempo que quiero con un dolor moderado.
- No puedo leer el tiempo que quiero debido a mi dolor en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido al fuerte dolor en mi cuello
- No puedo leer nada.

Sección 5 – Dolores de cabeza

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo dolores de cabeza leves, que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados, que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados, que vienen con frecuencia.
- Tengo fuertes dolores de cabeza, que vienen con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Sección 6 – Concentración

- Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad.
- Puedo concentrarme completamente cuando quiero con ligera dificultad.
- Tengo un nivel moderado de dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero.
- No puedo concentrarme.

Sección 7– Trabajo/Actividades de la Vida Diaria

- Puedo hacer todo lo que quiera.
- Solo puedo hacer mi trabajo/actividades habituales, pero nada más
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo/actividades habituales, pero no más.
- No puedo hacer mi trabajo/actividades habituales.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo/actividad en absoluto.
- No puedo hacer ningún trabajo/actividad en absoluto.

Sección 8 – Conducción

- Conduzco mi carro sin ningún dolor de cuello.
- Puedo conducir mi carro todo el tiempo que quiera con un ligero dolor en el cuello
- Puedo conducir mi carro todo el tiempo que quiera con un dolor moderado en el cuello.
- No puedo manejar mi carro todo el tiempo que quiero debido a un dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo conducir mi carro debido a un fuerte dolor en el cuello.
- No puedo manejar mi carro.

Sección 9 – Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño está levemente perturbado (menos de 1 hora de pérdida de sueño)
- Mi sueño está levemente perturbado (pérdida de sueño de 1 a 2 horas)
- Mi sueño está moderadamente perturbado (pérdida de sueño de 2 a 3 horas)
- Mi sueño está muy perturbado (pérdida de sueño de 3 a 4 horas)
- Mi sueño está completamente perturbado (pérdida de sueño de 5 a 7 horas).

Sección 10 – Recreación

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas sin ningún dolor de cuello.
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algo de dolor en el cuello.
- Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas habituales, pero no en todas, debido al dolor en el cuello.
- Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas habituales debido al dolor en el cuello.
- Apenas puedo realizar actividades recreativas debido al dolor en el cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa.

FOR CLINICIAN(S) ONLY:

Scored items _____ x100 = % of disability

Score: _____