

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 espalda baja 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

- 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 intenso.
- El dolor es intenso y no varía mucho.

SECCIÓN 2 - CUIDADO PERSONAL (lavado, vestido, etc.)

- No tengo que cambiar mi forma de lavarme o vestirme para evitar el dolor.
- Normalmente no cambio mi forma de lavarme o vestirme aunque me cause algo de dolor.
- Lavarme y vestirme aumenta el dolor, pero logro no cambiar mi forma de hacerlo.
- Lavarme y vestirme aumenta el dolor y me es necesario cambiar mi forma de hacerlo.
- Debido al dolor, no puedo lavarme ni vestirme en completo sin ayuda.
- Debido al dolor, no puedo lavarme ni vestirme sin ayuda.

SECCIÓN 3 - Levantamiento

- Puedo levantar objetos pesados sin que aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me causa más dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero lo logro si están convenientemente colocados (sobre una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo.
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manejar objetos livianos a medianos si están convenientemente colocados.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.

SECCIÓN 4 - CAMINAR

- No tengo dolor al caminar.
- Tengo algo de dolor al caminar, pero no aumenta con la distancia.
- No puedo caminar más de una milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/2 milla sin aumentar el dolor.
- No puedo caminar más de 1/4 de milla sin que aumente el dolor.
- No puedo caminar en absoluto sin que aumente el dolor.

SECCIÓN 5 - SENTADO

- Puedo sentarme en cualquier silla por el tiempo que quiera.
- Solo puedo sentarme en mi silla favorita por el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 1/2 hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- Evito sentarme porque aumenta enseguida el dolor inmediatamente.

SECCIÓN 6 - DE PIE

- Puedo estar de pie todo el tiempo que quiero sin dolor.
- Tengo algo de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- No puedo estar de pie por más de una hora sin que aumente el dolor.
- No puedo estar de pie por más de 1/2 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 aumenta el dolor inmediatamente.

SECCIÓN 7 - DORMIR

- No tengo dolor en la cama.
- Tengo dolor en cama, pero no me impide dormir bien.
- Debido al dolor, mi sueño normal se reduce en menos de 1/4.
- Debido al dolor, mi sueño normal se reduce en menos de la mitad.
- Debido al dolor, mi sueño normal se reduce en menos de 3/4.
- El dolor me impide dormir.

SECCIÓN 8 - VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me da dolor.
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos, por ejemplo, bailar, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo mucho.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar.
- Casi no tengo vida social por el dolor.

SECCIÓN 9 - VIAJES

- Puedo viajar a cualquier parte sin que aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero aumenta mi dolor.
- Mi dolor me impide viajar mas de 2 horas.
- Mi dolor me impide viajar mas de 1 hora.
- Mi dolor me impide mi viaje a viajes cortos necesarios de menos de 1/2 hora.
- Mi dolor me impide viajar, excepto las visitas al médico, al terapeuta o al hospital.

SECCIÓN 10 - GRADO DE DOLOR CAMBIANTE

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

CLINICIANS ONLY: Score: _____

Scored Items _____ *** 100 = % of disability**