

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

QUICK DASH (Disability of Arm, Shoulder, and Hand)

Este cuestionario ha sido diseñado para darle información a su proveedor medico en como el dolor de su brazo/hombro/mano le han afectado en sus actividades diarias. Por favor marque una respuesta en cada sección, marcando la que mejor describe su situacion en la semana pasada.

Yo tengo ____ (nivel de dificultad) haciendo:	Nada de dificultad	Algo de dificultad	Dificultad moderada	Dificultad severa	No puedo
1. Abrir un frasco apretado o nuevo	1	2	3	4	5
2. Hacer trabajos caseros (limpiar paredes y pisos).	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa con alimentos o cargar un maletín	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para partir comida	1	2	3	4	5
6. Actividades recreacionales en las cuales usa fuerza o hay impacto en su brazos, hombros, o manos.	1	2	3	4	5

	Nada	Algo	Moderado	Bastante	Estremadamente
7. Durante la semana pasada la problema/dolor con su brazo, hombro o manos, a afectado sus actividades sociales con su familia, vecinos, amigos o grupos?	1	2	3	4	5

	Sin limitación	Un poco limitado	Limitación moderada	Muy limitado	No puedo
8. Durante la semana pasada estuvo usted limitado en su trabajo, actividades diarias debido la problema con su brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

Por favor dele un grado de severidad a los siguientes sintomas], en las semana pasada	Nada	Algo	Moderado	Severo	Extremo
9. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (y/o piquetes) en su brazo, hombro o manos	1	2	3	4	5

	No es difícil	Poco difícil	Dificultad moderada	Dificultad severa	Tanta Dificultad que no puedo dormir
11. Durante la semana pasado cuanta dificultad tuvo usted durmiendo debido al problema con su brazo, hombro, or mano?	1	2	3	4	5

FOR CLINICIAN(S) ONLY:

[(sum of n responses/n)-1]*25 = % of disability (must have all questions answered) **Score:** _____