

# FORMATO SUBSECUENTE DE COLUMNA

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

Por favor marque con una cruz el número que corresponda a la intensidad de su dolor:

## Dolor de espalda baja



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Máximo dolor

## Dolor de espalda alta o cuello



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Máximo dolor

## Dolor de pierna derecha



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Máximo dolor

## Dolor de pierna izquierda



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Máximo dolor

## Dolor de brazo derecho



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Máximo dolor

## Dolor de brazo izquierdo



Sin dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



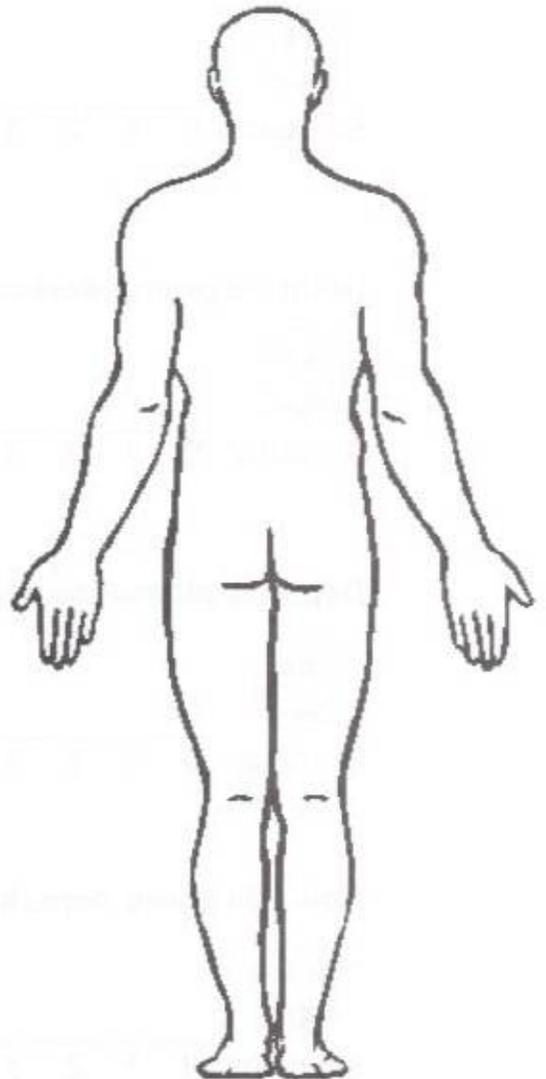
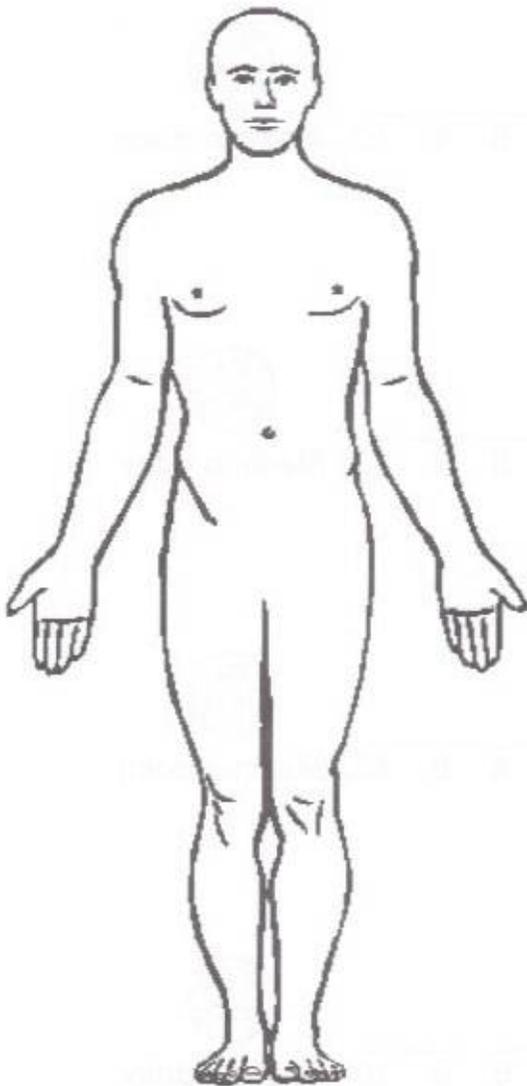
Máximo dolor

# FORMATO SUBSECUENTE DE COLUMNA

Marque con ++++ donde tiene dolor.

Marque con ----- donde tiene ardor.

Marque con ///// donde tiene hormigueo.



Por favor marque con una cruz la frase que se parezca más a su situación:

**1.Intensidad del dolor:**

- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (--) No aplica

**2.Estar de pie:**

- (5) El dolor me impide estar de pie
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

**3.Cuidados personales:**

- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

**4.Dormir:**

- (5) El dolor me impide totalmente dormir
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (--) No aplica

**5.Actividad sexual:**

- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (--) No aplica

**6. Levantar peso:**

- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto (pesado o ligero)
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (3) Sólo puedo levantar objetos ligeros y medianos si están en un sitio cómodo
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

**7. Andar:**

- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (0) El dolor no me impide andar
- (--) No aplica

**8. Vida social:**

- (5) No tengo vida social a causa del dolor
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- (2) El dolor solo impide mis actividades más enérgicas como bailar, deporte, etc.
- (1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor
- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- (--) No aplica

**9. Estar sentado:**

- (5) El dolor me impide estar sentado
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (--) No aplica

**10. Viajar:**

- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

El siguiente cuestionario se refiere a las actividades que usted puede hacer en un día típico.

**1. En general, usted diría que su salud es:**

- (1) Excelente      (2) Muy buena      (3) Buena      (4) Regular      (5) Mala

**2. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted haría en un día típico.**

¿Lo limita su salud para realizar las siguientes actividades? Si es así, ¿en que medida?

	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita
a. <u>Actividades moderadas</u> (mover una mesa, utilizar la aspiradora, jugar golf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de su salud física?**

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
Tiene que <u>disminuir el tiempo</u> en el que lo realiza	<input type="checkbox"/>				
Tiene que <u>modificarlo</u> para realizarlo	<input type="checkbox"/>				

**4. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de cualquier problema emocional (depresión o ansiedad)?**

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
Tiene que <u>disminuir el tiempo</u> en el que lo realiza	<input type="checkbox"/>				
Tiene que <u>modificarlo</u> para realizarlo	<input type="checkbox"/>				

**5. En las últimas 4 semanas, ¿cuanto afectó el dolor su trabajo normal (incluyendo trabajo en casa o fuera de ella)?**

- (1) Nada      (2) Un poco      (3) De forma moderada      (4) Bastante      (5) Extremadamente

6. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente y como van las cosas en las últimas 4 semanas. Para cada pregunta por favor de la respuesta que más se acerque a la manera de cómo se ha sentido. ¿Con que frecuencia en las últimas 4 semanas ...

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
se sintió tranquilo?	<input type="checkbox"/>				
se sintió con mucha energía?	<input type="checkbox"/>				
se ha sentido desanimado o deprimido?	<input type="checkbox"/>				

7. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia su salud física o problemas emocionales han afectado su vida social (salir con amigos o familiares)?

- (1) Todo el tiempo                      (2) Casi todo el tiempo                      (3) Algunas veces  
(4) Muy poco tiempo                      (5) Nunca

¿Este cuestionario ha sido fácil de llenar? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Le fue incómodo realizar el cuestionario? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cómo calificaría el formulario del 0 al 10? \_\_\_

Gracias por su cooperación

\_\_\_\_\_  
Firma