

INDECE DE INCAPACIDAD Y DOLOR EN EL CUELLO

Este cuestionario fue diseñado para darle al doctor información de como el dolor en su el cuello ha afectado su habilidad para desempeñar su vida diaria. Favor de contestar cada sección marcando solamente un cuadro por sección y que más se refiera a usted. Sabemos que puede llegar a considerar que dos (2) de estas declaraciones en cualquiera de las secciones se relacionan a us ted, pero por favor solo marque el cuadro que más describa su problema.

SECCION 1 - INTENSIDAD DE DOLOR

- Al momento no tengo dolor.
- Al momento el dolor es muy poco.
- Al momento de dolor es moderado.
- Al momento el dolor es poco severo.
- Al momento el dolor es muy severo.
- Al momento el dolor es 10 mas fuerte posible.

SECCION 2 - CUIDADO PERSONAL (lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo hacer las cosas normalmente por mi mismo sin que me causa dolor adicional.
- Puedo hacer las cosas normal mente por mi mismo, pero me causa dolor adicional.
- El hacer las cosas por mi mismo me causa dolor, además tengo que tener cuidado y hacerlo despacio.
- Necesito ayuda, pera me las arreglo para hacer todo mi cuidado personal.
- Necesito ayuda diaramente en casi todos los aspectos de mi cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

SECCION 3 - LEVANTAR

- Puedo levantar peso completo sin ningún dolor adicional.
- Puedo levantar peso completo, pero me causa dolor adicional.
- El dolor me impide levantar peso completo del piso, pero lo puedo hacer siempre que este en una posicion conveniente, por ejemplo en una mesa.
- El dolor me impide levantar peso completo, pero puedo levantar peso ligero y mediano si es que estan en una posición conveniente.
- Puedo levantar peso muy ligero.
- No puedo levantar o cargarme nada.

SECCION 4 - LEER

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me causa dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiera, pero me causa un poco de dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiera, pero me causa un dolor moderado en el cuello.
- No puede leer todo lo que quiero debido al dolor moderado en elcuello.
- No puedo leer casi nada debido al dolor severo de mi cuello.
- No puedo leer nada.

SECCION 5 - DOLOR DE CABEZA

- No tengo dolores de cabeza
- Raramente tengo leves dolores de cabeza.
- Raramente tengo dolores moderados de cabeza.
- Frecuentemente tengo moderados dolores de cabeza.
- Frecuente mente tengo severos dolores de cabeza.
- La mayor parte del tiempo tengo dolores de cabeza.

SECCION 6 - CONCENTRACION

- Me puedo concentrar completamente sin dificultad.
- Me es un poco difcil el concentrarme completamente.
- El querer concentrarme me causa un grado normal de dificultad.
- Tengo mucha dificultad cuando quiero concentrarme.
- El concentrarme me causa una gran dificultad.
- No puedo concentrarme de ninguna manera.

SECCION 7 - TRABAJO

- Puedo hacer todo el trabajo que quiero.
- No puedo hacer mas de mi trabajo usual.
- Puedo hacer la mayor parte di mi trabajo, pero más no.
- No puedo hacer mi trabajo de costumbre.
- No puedo hacer ningún trabajo.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo.

SECCION 8 - MANEJAR

- Puedo manejar mi auto sin que me causa ningún dolor del cuello.
- Puedo manejar mi auto todo el tiempo que quiera, pero me causa un poco de dolor en el cuello.
- Puedo manejar mi auto todo el tiempo que quiera, pero me causa un dolor moderado en mi cuello.
- No puedo manejar mi auto todo el tiempo que quiera debido al dolor moderado en mi cuello.
- Casi no puedo manejar mi auto debido el dolor severo en mi cuello.
- No puedo manejar mi auto para nada.

SECCION 9 - DORMIR

- No tengo problema para dormir.
- Mi sueño es interrumpido muy poquito (menos de 1 hora de dormir).
- Mi sueño es interrumpido un poco (de 1-2 hrs. de dormir).
- Mi sueño es moderadamente interrumpido (de 2-3 hrs. de dormir).
- Mi sueño es grandemente interrumpido (de 3-5 hrs. de dormir).
- Mi sueño es completamente interrumpido (de 5-7 hrs. de dormir).

SECCION 10 - CAMBIO DE GRADO DE DOLOR

- Puedo participar en todas las actividades recreativas sin que me causa ningún dolor en el cuello.
- Puedo participar en todas las actividades recreativas, pero me causa un poco de dolor en el cuello.
- Puedo participar en la mayoría, pero no en todas las actividades recreativas acostumbradas debido al dolor en mi cuello.
- Solo puedo participar en algunas de mis actividades recreativas acostumbradas debido al dolor de mi cuello.
- Casi no puedo hacer ninguna actividad recreative debiso al dolor de mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad recreative.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente _____

(_____ Score _____)