

Cuestionario de Dolor de Cuello

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Descripción: Este cuestionario nos ayuda a obtener información de nuestros pacientes sobre su nivel de incomodidad y capacidad. **Favor de circular la respuesta que mejor le aplica.**

1. Favor de calificar el nivel de su dolor al hacer actividad:

NO DOLOR = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = DOLOR MUY SEVERO

1. Intensidad de dolor

- (0) No tengo dolor en este momento
- (1) El dolor es muy leve en este momento
- (2) El dolor es moderado en este momento
- (3) El dolor es algo severo en este momento
- (4) El dolor es muy severo en este momento
- (5) El dolor es el peor dolor imaginable en este momento

2. Cuidado personal (bañarse, vestirse, etc.)

- (0) Puedo hacer mi cuidado personal como de costumbre sin que me cause más dolor.
- (1) Puedo hacer mi cuidado personal como de costumbre, pero me causa más dolor.
- (2) Tengo dolor cuando hago mi cuidado personal, lo tengo que hacer despacio y con cuidado.
- (3) Necesito ayuda, pero puedo hacer la mayoría de mi cuidado personal.
- (4) Necesito ayuda cada día en la mayoría de mi cuidado personal.
- (5) No me puedo vestir, me baño con dificultad y estoy en cama.

3. Cargar

- (0) Puedo levantar cosas pesadas sin que me cause más dolor.
- (1) Puedo levantar cosas pesadas, pero me causa más dolor.
- (2) El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas del piso, pero puedo levantarlas si están en una mesa.
- (3) El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas, pero puedo levantarlas si están en una buena posición.
- (4) Solo puedo levantar cosas muy ligeras.
- (5) No puedo levantar ni cargar nada.

4. Dolores de cabeza

- (0) No tengo dolores de cabeza
- (1) Tengo poco dolor de cabeza que es infrecuente.
- (2) Tengo dolor de cabeza moderado que es infrecuente.
- (3) Tengo dolor de cabeza moderado que es frecuente.
- (4) Tengo severos dolores de cabeza que no son frecuentes
- (5) Tengo dolores de cabeza la mayoría del tiempo.

Cuestionario de Dolor de Cuello

5. Recreación/Diversión

- (0) Puedo estar envuelta en todas mis actividades recreacionales sin dolor.
- (1) Puedo estar envuelta en mis actividades recreacionales con algo de dolor.
- (2) Puedo estar envuelta en la mayoría, pero no todas mis actividades recreacionales debido al dolor de mi cuello.
- (3) Puedo estar envuelta en algunas de mis actividades recreacionales con algo de dolor de cuello.
- (4) Casi no puedo hacer ninguna de mis actividades recreacionales debido al dolor de mi cuello.
- (5) No puedo hacer ninguna de mis actividades recreacionales.

6. Leer

- (0) Puedo leer el tiempo que yo quiera sin dolor de cuello.
- (1) Puedo leer el tiempo que yo quiera con poco dolor de cuello.
- (2) Puedo leer el tiempo que yo quiera con dolor moderado del cuello.
- (3) No puedo leer el tiempo que yo quiera por el dolor moderado del cuello.
- (4) Casi no puedo leer por el dolor severo de mi cuello.
- (5) No puedo leer por el dolor de mi cuello.

7. Trabajo

- (0) Puedo trabajar lo que yo quiera.
- (1) Solo puedo hacer mi trabajo usual pero no más.
- (2) Puedo hacer la mayoría de mi trabajo usual pero no más.
- (3) No puedo hacer mi trabajo usual.
- (4) Apenas puedo hacer algo de trabajo.
- (5) No puedo trabajar en absoluto.

8. Dormir

- (0) El dolor no me molesta para dormir bien.
- (1) Mi sueño esta levemente alterado (desvelo menos de 1 hora)
- (2) Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelo 1-2 horas)
- (3) Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelo 2-3 horas)
- (4) Mi sueño esta bastante alterado (desvelo 3-4 horas)
- (5) Mi sueño está completamente alterado (desvelo 5-7 horas)

9. Concentración

- (0) Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad.
- (1) Puedo concentrarme completamente cuando quiero con algo de dificultad
- (2) Tengo gran grado de dificultad para concentrarme cuando quiero
- (3) Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- (4) Tengo muchísima dificultad para concentrarme cuando quiero.
- (5) No me puedo concentrar para nada.

10. Conducir/Manejar

- (0) Puedo manejar mi carro sin dolor de cuello.
- (1) Puedo manejar mi carro el tiempo que yo quiera con algo de dolor de cuello
- (2) Puedo manejar mi carro el tiempo que yo quiera con dolor moderado de cuello
- (3) No puedo manejar mi carro el tiempo que yo quiera por el dolor moderado de mi cuello.
- (4) Apenas manejo mi carro por el dolor severo de mi cuello.
- (5) No puedo manejar mi carro en absoluto.