

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor, conteste cada sección haciendo un círculo alrededor de UNA SOLA OPCIÓN que describa más de cerca cómo su dolor de cuello o brazo le hace sentir ahora mismo.

Sección 1: La Intensidad del Dolor

- 0 Poco o ningún dolor en el momento.
- 1 El dolor es muy leve en el momento.
- 2 El dolor es moderado por el momento.
- 3 El dolor es moderado a severo en este momento.
- 4 El dolor es muy severo en este momento.
- 5 El dolor es el peor imaginable en este momento.

Sección 2: Cuidado Personal

- 0 Puede cuidar de sí mismo sin dolor.
- 1 Puede cuidar de sí mismo con un ligero dolor.
- 2 Doloroso para cuidar de uno mismo - soy lento y cuidadoso.
- 3 Necesitas un poco de ayuda, pero la mayoría de cuidado personal usted lo hace.
- 4 Necesitas ayuda todos los días con más cuidado personal.
- 5 No vestirse, lavarse con dificultad, quedarse en la cama.

Sección 3: Levantamiento

- 0 Puede levantar objetos pesados sin dolor adicional.
- 1 Puede levantar pesos pesados pero causa dolor adicional.
- 2 Dolor impide levantar objetos pesados del piso.
- 3 Dolor impide levantar objetos pesados - la luz a medio OK.
- 4 Puede levantar pesas muy ligeras solamente.
- 5 No se puede levantar o llevar nada en absoluto.

Sección 4: Caminando

- 0 Puede caminar tan lejos como sea necesario.
- 1 Dolor me impide caminar más de 1 milla.
- 2 Dolor me impide caminar más de ½ milla.
- 3 Dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- 4 Puede caminar con bastón o muletas.
- 5 En cama o una silla para la mayoría de cada día.

Sección 5: Sentado

- 0 Puedo sentarme en cualquier silla sin ninguna dificultad.
- 1 Sólo puedo sentarme en mi sillón favorito sin ninguna dificultad.
- 2 Dolor impide estar sentado durante más de 1 hora.
- 3 Dolor impide estar sentado durante más de ½ hora.
- 4 Dolor impide estar sentado durante > 10 minutos.
- 5 Previene el dolor de estar en absoluto.

Sección 6: Estar de Pie

- 0 Puedo estar de pie todo el tiempo que sea necesario, sin dolor adicional.
- 1 Puedo estar de pie todo el tiempo que sea necesario, pero que causa dolor adicional.
- 2 Dolor impide pie durante más de 1 hora.
- 3 Dolor evita de pie durante más de 30 minutos.
- 4 Dolor evita de pie durante más de 10 minutos.
- 5 Previene el dolor de pie en absoluto.

Sección 7: Dormir

- 0 No tengo ninguna dificultad para dormir.
- 1 Dormir está ligeramente interrumpida (< 1 hora).
- 2 Dormir es interrumpido ligeramente (1-2 horas).
- 3 Dormir es interrumpido moderado (2-3 horas).
- 4 Dormir es grandemente perturbado (3-5 horas).
- 5 Dolor me impide dormir en absoluto (5-7 horas).

Sección 8: Vida Sexual

- 0 La vida sexual es normal, no causa dolor adicional.
- 1 La vida sexual es normal, pero causa un poco de dolor adicional.
- 2 La vida sexual es casi normal, pero es muy doloroso.
- 3 La vida sexual está severamente restringida por el dolor.
- 4 La vida sexual es casi ausente debido al dolor.
- 5 Dolor impide cualquier vida sexual en absoluto.

Sección 9: Vida Social

- 0 La vida social es normal, no causa dolor adicional.
- 1 La vida social es normal pero causa dolor adicional.
- 2 Dolor limita las actividades energéticas de la vida social.
- 3 Dolor limita mi vida social - no salir tan a menudo.
- 4 Dolor restringe la vida social para el hogar.
- 5 Sin vida social debido al dolor.

Sección 10: Viajar

- 0 Puedo viajar a cualquier parte sin dolor adicional.
- 1 Puedo viajar a cualquier parte con un poco de dolor adicional.
- 2 El dolor es malo, pero puedo viajar > 2 horas.
- 3 Dolor restringe los viajes de menos de 1 hora.
- 4 Dolor restringe los viajes de menos de 30 minutos.
- 5 El dolor impide los viajes, excepto al médico u hospital.

ESCALA DE DOLOR DE ESPALDA (BACK PAIN SCALE)

Actualizado: Febrero 2017