

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 normalmente sin dolor adicional.
- 1 Puede cuidar de sí normalmente pero causa dolor adicional.
- 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: Leyendo

- 0 Puede leer sin dolor de cuello.
- 1 Puede leer con ligero dolor de cuello.
- 2 Puede leer con dolor de cuello moderado.
- 3 No puedo leer, dolor de cuello moderado.
- 4 Dificultad para leer, dolor de cuello severo.
- 5 No se puede leer, dolor de cuello severo.

Sección 5: Dolores de Cabeza

- 0 Dolores de cabeza no hay en absoluto.
- 1 Dolores de cabeza poco frecuentes.
- 2 Dolores de cabeza moderados poco frecuentes.
- 3 Dolores de cabeza frecuentes moderados.
- 4 Dolores de cabeza severos frecuentes.
- 5 Los dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Sección 6: Concentración

- 0 Puede concentrarse plenamente sin dificultad.
- 1 Puede concentrarse plenamente con ligera dificultad.
- 2 Dificultad para concentrarse, dolor cuello moderado.
- 3 Usted tiene mucha dificultad para concentrarse.
- 4 Usted tiene una gran dificultad para concentrarse.
- 5 Usted no puede concentrarse en absoluto.

Sección 7: Trabajo

- 0 Puedo trabajar tanto como yo quiero.
- 1 Sólo puedo hacer el trabajo habitual, pero no más.
- 2 Yo puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.
- 3 Yo no puedo hacer mi trabajo habitual.
- 4 Casi no puedo hacer ningún trabajo en absoluto.
- 5 No puedo hacer ningún trabajo en absoluto.

Sección 8: Conducción

- 0 Puedo conducir sin ningún dolor en el cuello.
- 1 Puedo conducir con dolor leve cuello.
- 2 Puedo conducir con el dolor de cuello moderado.
- 3 Casi no puedo conducir en absoluto debido al dolor de cuello moderadamente grave.
- 4 Casi no puedo conducir en absoluto debido al dolor de cuello severo.
- 5 No puedo conducir en absoluto.

Sección 9: 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 10: Recreación

- 0 Puede participar en todas las actividades sin dolor.
- 1 Puede participar en actividades con ligero dolor.
- 2 Capaz de participar en la mayoría de las actividades con el dolor de cuello moderado.
- 3 Capaz de participar en algunas actividades debido a dolor de cuello moderadamente grave.
- 4 Dificilmente se puede participar en cualquier actividad debido a dolor en el cuello.
- 5 No se puede realizar ninguna actividad en absoluto debido al dolor de cuello.

ESCALA DE DOLOR DE CUELLO (NECK PAIN SCALE)

Actualizado: Febrero 2017