

Web Outcome Neck - Initial – Spanish

Nombre del Paciente: _____ **ID #:** _____ **Fecha:** _____

Descripción: El propósito de esta inspección es para obtener información de nuestros pacientes con respecto a sus niveles actuales de incomodidad y capacidad.

Por favor marque las respuestas debajo que mejor se aplican.

1. Por favor marque su nivel de dolor con actividad: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

DOLOR DE CUELLO – LA PRIMERA VISITA

1. Intensidad de dolor

- (0) No tengo dolor en este momento.
- (1) El dolor es muy templado en este momento.
- (2) El dolor es moderado en este momento.
- (3) El dolor es un poco extremo en este momento.
- (4) El dolor es muy extremo en este momento
- (5) El dolor es el peor imaginable a este momento.

2. El cuidado personal (lavándose, vestirse, etcétera.)

- (0) Normalmente puedo cuidarme sin causar aumento al dolor.
- (1) Normalmente puedo cuidarme, pero aumenta mi dolor.
- (2) Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.
- (3) Necesito ayuda pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- (4) Necesito ayuda diariamente en la mayoría de los aspectos de mi cuidado.
- (5) No puedo vestirme, me lavo con dificultad, y permanezco en cama.

3. Levantar

- (0) Puedo levantar pesas pesadas sin aumento de dolor adicional
- (1) Puedo levantar pesas pesadas pero me da más dolor.
- (2) El dolor me evita de levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo levantarlas si están en una mesa.
- (3) El dolor me evita de levantar pesas pesadas pero puedo levantar las pesas si están posicionadas convenientemente.
- (4) Puedo levantar sólo pesas de peso livianas.
- (5) No puedo levantar ni cargar nada.

4. Dolor de cabeza

- (0) No Tengo dolores de cabeza.
- (1) Tengo dolores de cabeza leves que vienen infrecuentemente.
- (2) Tengo dolores de cabeza moderados que vienen infrecuentemente.
- (3) Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.
- (4) Tengo dolores de cabeza severos que vienen infrecuentemente.
- (5) Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

5. Recreación

- (0) Puedo hacer todas mis actividades recreacionales sin dolor.
- (1) Puedo hacer mis actividades recreacionales con un poco de dolor.
- (2) Por el dolor del cuello puedo hacer la mayoría pero no todas mis actividades recreacionales.
- (3) Puedo hacer algunas de mis actividades recreacionales con un poco de dolor de cuello.
- (4) Casi no puedo hacer actividades recreacionales por causa del dolor de cuello.
- (5) No puedo hacer ninguna actividad recreacionales.

6. Lectura

- (0) Puedo leer todo lo que deseo sin dolor en el cuello.
- (1) Puedo leer todo lo que deseo con dolor leve de cuello.
- (2) Puedo leer todo lo que deseo con dolor moderado de cuello.
- (3) No puedo leer todo lo que deseo por causa del dolor moderado de cuello.
- (4) Casi no puedo leer por causa del dolor extremo de cuello.
- (5) No puedo leer nada por causa del dolor de cuello.

7. Trabajo

- (0) Puedo hacer todo el trabajo que quiero.
- (1) Solamente puedo hacer mi trabajo usual.
- (2) Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo usual pero no más.
- (3) No puedo hacer mi trabajo usual.
- (4) Casi no puedo hacer mi trabajo usual.
- (5) No puedo hacer ningún trabajo.

8. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien.
- (1) Mi sueño es perturbado un poco (perdió menos de 1 hora de sueño).
- (2) Mi sueño es perturbado leve (perdió 1-2 horas de sueño).
- (3) Mi sueño es moderadamente perturbado (perdió 2-3 horas de sueño).
- (4) Mi sueño es muy perturbado (perdió 3-4 horas de sueño).
- (5) Mi sueño es completamente perturbado (perdió 5-7 horas de sueño).

9. Concentración

- (0) Puedo concentrar completamente cuando quiero con ninguna dificultad.
- (1) Puedo concentrar completamente cuando quiero con poca dificultad.
- (2) Tengo un poco de dificultad cuando quiero concentrar.
- (3) Tengo mucha dificultad cuando quiero concentrar.
- (4) Tengo gran dificultad cuando quiero concentrar.
- (5) No puedo concentrar en nada.

10. Conducir

- (0) Puedo manejar mi carro sin dolor de cuello.
- (1) Puedo manejar mi carro todo el tiempo que quiero con dolor leve de cuello.
- (2) Puedo manejar mi carro todo el tiempo que quiero con dolor moderado de cuello.
- (3) No puedo manejar mi carro como quisiera debido al dolor moderado.
- (4) Casi no puedo manejar mi carro debido al dolor severo de cuello.
- (5) No puedo manejar mi carro.

SOLO PARA USO DEL TERAPISTA	
Comorbidities:	ICD9 Code: _____
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Heart Condition
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure
<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Multiple Treatment Areas
<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Surgery for this Problem