

Web Outcome Neck – Follow up and Discharge - 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 comodidad y capacidad.

Por favor marque las repuestas 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
2. ¿Que tan satisfecho está con el nivel de atención y servicio dado ?
Muy Satisfecho / Satisfecho / Insatisfecho / Muy Insatisfecho
3. Por favor marque su progreso con actividades funcional del principio de la terapia asta el presente. **Excelente / Bueno / Pasable / Malo**
4. ¿ En este punto del tratamiento se lograron tus metas de la terpia?
Logró totalmente / Casi logró / logró incompleto / No logró

DOLOR DE CUELLO - LA SIGUIENTE VISITA Y EL DAR de ALTO

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 poco severo en este momento.
- (4) El dolor es muy severo en este momento.
- (5) El dolor es el peor imaginable en este momento.

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

- (0) Puedo cuidarme normalmente sin dolor adicional.
- (1) Puedo cuidarme normalmente pero me causa dolor adicional.
- (2) Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.
- (3) Necesito alguna ayuda pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- (4) Necesito ayuda todos los dias en la mayoría de mi aseo personal.
- (5) No puedo vestirme, me lavo con dificultad y permanezco en cama.

Web Outcome Neck – Follow up and Discharge - Spanish

3. Levantar

- (0) Puedo levantar pesas pesadas sin dolor adicional.
- (1) Puedo levantar pesas pesadas pero me causa dolor adicional.
- (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 levantarlas si están colocadas convenientemente.
- (4) Puedo levantar pesas solamente muy 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 moderadas que vienen infrecuentemente.
- (3) Tengo dolores de cabeza moderadas 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 de mi 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.

Web Outcome Neck – Follow up and Discharge - Spanish

(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 (pérdi menos de 1 hora de sueño).

(2) Mi sueño es perturbado leve (pérdi 1-2 horas de sueño).

(3) Mi sueño es moderadamente perturbado (pérdi 2-3 horas de sueño).

(4) Mi sueño es muy perturbado (pérdi 3-4 horas de sueño).

(5) Mi sueño es completamente perturbado (pérdi 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.