

OWESTRY ESCALA DE INVALIDEZ – PRIMERA VISITA

Web Outcome OSWESTRY - 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 comodidad y capacidad. **Por favor marque las respuestas que mejor describan su situación.**

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

1. Intensidad de dolor

- (0) Puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que utilizar medicina de dolor.
- (1) El dolor es fuerte, pero puedo seguir sin tomar medicina de dolor.
- (2) La medicina de dolor me proporciona con alivio completo.
- (3) La medicina de dolor me proporciona con alivio moderado.
- (4) La medicina de dolor me proporciona con un poco de alivio.
- (5) La medicina del dolor no tiene efecto a mi dolor.

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 en el dolor.
- (1) Puedo levantar pesas pesadas pero causa aumento al dolor.
- (2) El dolor me evita levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo levantarlas si están posicionadas convenientemente (como en una mesa).
- (3) El dolor me evita de levantar pesas pesadas pero puedo levantar las pesas livianas o medianas si están posicionados convenientemente.
- (4) Puedo levantar sólo pesas muy livianas.
- (5) No puedo levantar ni cargar nada.

4. Caminar

- (0) El dolor no me impide caminar cualquier distancia.
- (1) El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- (2) El dolor me impide caminar más de 1/2 milla.
- (3) El dolor me impide caminar más de 1/4 milla.
- (4) Sólo puedo caminar con muletas o un bastón.
- (5) Estoy en la cama gran parte del tiempo y tengo que arrastrarme al excusado.

Web Outcome OSWESTRY - Initial - Spanish

5. Sentarse

- (0) Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiero.
- (1) Sólo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiero.
- (2) El dolor no me deja sentarme más de 1 hora.
- (3) El dolor no me deja sentarme más de ½ hora.
- (4) El dolor no me deja sentarme más de 10 minutos.
- (5) El dolor no me deja sentarme en nada.

6. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie cualquier cantidad de tiempo sin un aumento de dolor.
- (1) Puedo estar de pie cualquier cantidad de tiempo pero con un aumento de dolor.
- (2) El dolor no me deja estar de pie más de 1 hora.
- (3) El dolor no me deja estar de pie más de 1/2 hora.
- (4) El dolor no me deja estar de pie más de 10 minutos.
- (5) El dolor no me deja pararme.

7. Dormir

- (0) Dolor no me impide dormir bien.
- (1) Puedo dormir bien sólo utilizando medicina de dolor.
- (2) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 6 horas.
- (3) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 4 horas.
- (4) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 2 horas.
- (5) El dolor no me deja dormir.

8. Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no aumenta mi dolor.
- (1) Mi vida social es normal, pero aumenta mi nivel de dolor.
- (2) El dolor me impide participar en actividades más enérgicas (como deportes, bailando).
- (3) El dolor me impide salir con frecuencia.
- (4) El dolor prohibido mi vida social a mi hogar.
- (5) Casi no tengo vida social a causa de del dolor.

9. Viajes

- (0) Puedo viajar dondequiera sin un aumento en el dolor.
- (1) Puedo viajar dondequiera, pero aumento mi dolor.
- (2) Mi dolor restringe mi viaje más de 2 horas.
- (3) Mi dolor restringe mi viaje más de 1 hora.
- (4) Mi dolor restringe mi viaje a viajes necesarios cortos bajo 1/2 hora.
- (5) Mi dolor evita todo el viaje menos visitas al médico/terapeuta o el hospital.

Web Outcome OSWESTRY - Initial - Spanish

10. El empleo/ Trabajo doméstico

- (0) Mis actividades normales del empleo o trabajo doméstico no me causan dolor.
- (1) Mis actividades normales del empleo o trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero yo todavía puedo realizar todo que es requerido de mí.
- (2) Puedo realizar la mayor parte de mis deberes del empleo o trabajo doméstico pero el dolor me evita de realizar actividades más físicamente estresantes (como levantar, limpiar con aspiradora).
- (3) El dolor me impide de hacer solamente trabajos livianos.
- (4) El dolor me impide hasta hacer trabajos livianos.
- (5) El dolor me impide de realizar cualquier tarea del trabajo o el trabajo doméstico.

| SOLO PARA USO DEL TERAPISTA | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| Comorbidities: | <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 |
| | | ICD9 Code: _____ |