

Patient name: _____ Date: _____

1. Estima por favor su nivel de dolor con actividad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instrucciones

Por favor puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	MUCHA DIFICULTAD	IMPOSIBLE DE REALIZAR
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Realizar tareas duras de la casa (p. ej. fregar el piso, limpiar paredes, etc.	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa del supermercado o un maletín.	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida.	1	2	3	4	5
6. Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca)	1	2	3	4	5
	NO PARA NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
7. Durante la última semana, ¿ su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5
	NO PARA NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE LIMITADO	IMPOSIBLE DE REALIZAR
8. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
9. Dolor en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
10. -Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano.	1	2	3	4	5
	NO	LEVE	MODERADA	GRAVE	DIFICULTAD EXTREMA QUE ME IMPEDÍA DORMIR
11. Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

USO DEL TERAPEUTA SOLO

Comorbidities: Cancer Heart Condition ICD9 Code: _____
Diabetes High Blood Pressure
Fibromyalgia Multiple Treatment Areas
Obesity Surgery for this Problem