

Número

Iniciales

Día de consulta:

 - -
d d m m m a a a a

Visita: Pre-Op 3 Meses 6 Meses

Instrucciones para completar el cuestionario:

Este cuestionario está diseñado para valorar el estado de su espalda. Es importante que usted mismo responda a las diferentes preguntas y que señale la respuesta más adecuada a cada pregunta.

1. ¿Cuánto dolor ha tenido en los últimos 6 meses?

Ninguno Ligero Regular Moderado Intenso

2. ¿Cuánto dolor ha tenido en el último mes?

Ninguno Ligero Regular Moderado Intenso

3. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

4. Si tuviera que pasar el resto de su vida con la espalda como la tiene ahora, ¿cómo se sentiría?

Muy contento Ni contento ni descontento Bastante descontento

Muy descontento

5. ¿Cuál es su nivel de actividad actual?

Permanentemente en cama Tareas ligeras y deportes ligeros Actividad completa

No realice prácticamente ninguna actividad Tareas moderadas y deportes moderados

6. ¿Cómo le queda la ropa?

Muy bien Bien Aceptable Mal Muy mal

7. Durante los últimos 6 meses, ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

8. ¿Tiene dolor de espalda en reposo?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

9. ¿Cuál es su nivel actual de actividad laboral o escolar?

100 % de lo normal 75% de lo normal 50% de lo normal

25% de lo normal 0 % de lo normal

10. ¿Cómo describiría el aspecto de su cuerpo (sin tener en cuenta el de la cara y extremidades)?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

11. ¿Toma medicamentos para su espalda?

- Ninguno Calmantes suaves a diario Calmante fuertes a diario
 Calmantes suaves, 1 a la semana o menos Calmantes fuertes, 1 a la semana o menos

12. ¿Le limita la espalda la capacidad para realizar sus actividades habituales por casa?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

13. Durante los últimos 6 meses, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

14. ¿Cree que el estado de su espalda influye en sus relaciones personales?

- Nada Un poco Regular Bastante Mucho

15. ¿Usted o su familia tienen dificultades económicas por su espalda?

- Nada Un poco Regular Bastante Mucho

16. En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido desanimado y triste?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

17. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días ha faltado al trabajo o al colegio debido al dolor de espalda?

- 0 1 2 3 4 o más

18. ¿Le dificulta la situación salir de casa con sus amigos o su familia?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

19. ¿Se siente atractivo/a con el estado actual de su espalda?

- Sí, mucho Ni atractivo/a ni poco atractivo/a En lo absoluto
 Sí, bastante No, no demasiado

20. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

21. ¿Está satisfecho con los resultados del tratamiento?

- Completamente satisfecho Indiferente Completamente insatisfecho
 Bastante satisfecho Bastante insatisfecho

22. ¿Aceptaría el mismo tratamiento otra vez si estuviera en la misma situación?

- Sí, sin duda No estoy seguro/a No, sin duda
 Probablemente sí Probablemente no

Iniciales: _____

- -
d d m m m a a a a