

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Visit: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_  
For office use only For office use only

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, **por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.**

| ➤ <b>Intensidad del Dolor</b> |   |
|-------------------------------|---|
| 0                             | No tengo dolor en este momento.                         |
| 1                             | El dolor es muy leve en este momento.                   |
| 2                             | El dolor va y viene y es moderado.                      |
| 3                             | El dolor es mas o menos severo en este momento.         |
| 4                             | El dolor es muy severo en este momento.                 |
| 5                             | El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento. |

| ➤ <b>Al Dormir</b> |   |
|--------------------|---|
| 0                  | No tengo ningún problema durmiendo.                               |
| 1                  | Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora). |
| 2                  | Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).     |
| 3                  | Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).   |
| 4                  | Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).        |
| 5                  | Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).  |

| ➤ <b>Lectura</b> |  |
|------------------|--|
| 0                | Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.                  |
| 1                | Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.             |
| 2                | Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.         |
| 3                | No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado. |
| 4                | Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.           |
| 5                | No puedo leer debido al dolor de cuello.                           |

| ➤ <b>Concentración</b> |   |
|------------------------|---|
| 0                      | Puedo concentrarme completamente sin dificultad.        |
| 1                      | Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad. |
| 2                      | Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.      |
| 3                      | Tengo mucha dificultad al concentrarme.                 |
| 4                      | Tengo muchísima dificultad al concentrarme.             |
| 5                      | No puedo concentrarme.                                  |

| ➤ <b>Trabajo</b> |  |
|------------------|--|
| 0                | Puedo hacer tanto trabajo como deseo.                      |
| 1                | Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.     |
| 2                | Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más. |
| 3                | No puedo hacer mi trabajo habitual.                        |
| 4                | Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.                  |
| 5                | No puedo hacer ningún trabajo.                             |

| ➤ <b>Cuidado Personal</b> |   |
|---------------------------|---|
| 0                         | Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.                        |
| 1                         | Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.                   |
| 2                         | El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.                    |
| 3                         | Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.     |
| 4                         | Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal. |
| 5                         | No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.                         |

| ➤ <b>Al Levantar Objetos</b> |  |
|------------------------------|--|
| 0                            | Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.   |
| 1                            | Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.  |
| 2                            | El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa). |
| 3                            | El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.      |
| 4                            | Puedo levantar solamente objetos ligeros.  |
| 5                            | No puedo levantar o cargar ninguna cosa.   |

| ➤ <b>Al Conducir</b> |   |
|----------------------|---|
| 0                    | Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.                          |
| 1                    | Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.           |
| 2                    | Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.         |
| 3                    | No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado. |
| 4                    | Difícilmente puedo conducir mi carro debido a dolor de cuello severo.           |
| 5                    | No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.                           |

| ➤ <b>Recreación</b> |  |
|---------------------|--|
| 0                   | Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.  |
| 1                   | Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.                                 |
| 2                   | Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello. |
| 3                   | Puedo solamente tomar parte en pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.                     |
| 4                   | Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.                             |
| 5                   | No puedo realizar ninguna actividad recreativa.  |

| ➤ <b>Dolor de Cabeza</b> |  |
|--------------------------|--|
| 0                        | No tengo dolores de cabeza.                                    |
| 1                        | Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.     |
| 2                        | Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes. |
| 3                        | Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.   |
| 4                        | Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.     |
| 5                        | Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.                   |