

Back Pain Oswestry Spanish

REDCap ID

Fecha de la visita:

Edad del paciente:

Tipo de visita:

Visita inicial Visita intermedia

Visita final

(There should be only one Initial visit and one Final visit.)

Diagnostic Category

Chronic Pain

Low Back

Midback

Diagnostic Complexity

Non-complex (Single Body Part Sprain/Strain)

Complex (Multi-body part, fracture, nerve symptoms)

Post surgical

Patient has had surgery for the current condition?

Yes No

Preguntas: Este cuestionario est?ise?? para darnos informaci??obre c??sus problemas de espalda (o pierna) afectan su capacidad para manejarse en la vida diaria. Responda cada pregunta y seleccione solo una respuesta para cada pregunta que describa con mayor exactitud su situaci??e hoy.

P1. Intensidad del dolor

- No siento dolor en este momento
- El dolor es muy leve en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es bastante intenso en este momento
- El dolor es muy intenso en este momento
- El dolor es el peor imaginable en este momento

P2. Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo ocuparme normalmente sin causar dolor adicional.
- Puedo ocuparme normalmente pero me resulta muy doloroso.
- Es doloroso ocuparme y soy lento y cuidadoso.
- Necesito algo de ayuda pero puedo manejar la mayoría de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y permanezco en cama.

P3. Levantar (objetos)

- Puedo levantar pesos pesados sin sentir dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados pero siento dolor adicional.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo arregl?rmelas si est?n ubicados convenientemente, por ej. sobre una mesa.
- El dolor me impide levantar pesos pesados pero puedo arregl?rmelas con pesos livianos a medianos si est?n ubicados convenientemente.
- Solo puedo levantar pesos muy livianos.
- No puedo levantar ni cargar nada.

P4. Caminar

- El dolor no me impide caminar ninguna distancia.
- El dolor me impide caminar más de una milla.
- El dolor me impide caminar más de un cuarto de milla.
- El dolor me impide caminar más de 100 yardas.
- Solo puedo caminar con bastón o muletas.
- Estoy en cama la mayoría del tiempo y tengo que arrastrarme hasta el baño.

P5. Sentarse

- Puedo sentarme en cualquier silla tanto como guste.
- Puedo sentarme en mi silla favorita tanto como guste.
- El dolor me impide sentarme más de 1 hora.
- El dolor me impide sentarme más de media hora.
- El dolor me impide sentarme más de 10 minutos.
- El dolor me impide sentarme.

P6. Pararse

- Puedo pararme todo lo que desee sin sentir dolor adicional.
- Puedo pararme todo lo que quiera pero siento dolor adicional.
- El dolor me impide pararme más de 1 hora.
- El dolor me impide pararme más de media hora.
- El dolor me impide pararme más de 10 minutos.
- El dolor me impide pararme.

P7. Dormir

- El dolor nunca me perturba el sueño.
- Mi sueño se ve perturbado ocasionalmente por el dolor.
- Debido al dolor, duermo menos de 6 horas.
- Debido al dolor, duermo menos de 4 horas.
- Debido al dolor, duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide dormir.

P8. Vida sexual (M?de 18)

(Tenga en cuenta que esta pregunta se responde sólo por los pacientes mayores de 18 años.)

- Mi vida sexual es normal y no causa dolor adicional.
- Mi vida sexual es normal y causa algo de dolor adicional.
- Mi vida sexual es casi normal pero es muy dolorosa.
- Mi vida sexual está gravemente afectada por el dolor.
- Mi vida sexual está prácticamente ausente por el dolor.
- El dolor me impide tener una vida sexual.

P9. Vida social

- Mi vida social es normal y no causa dolor adicional.
- Mi vida social es normal pero aumenta la intensidad del dolor.
- El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más energéticos, por ej. deportes, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo con mucha frecuencia.
- El dolor ha restringido la vida social a mi hogar.
- No tengo vida social debido al dolor.

P10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier lugar sin sentir dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero siento dolor adicional.
- El dolor es intenso pero manejo las jornadas más de dos horas.
- El dolor me restringe a jornadas de menos de una hora.
- El dolor me restringe a jornadas necesarias breves de menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento.

Deténgase aquí y devuelva la tablet o el formulario al miembro del personal.

Para uso del personal / For staff use:

Oswestry Score ___(%) disability _____

G Code:
CH

G Code:
CI

G Code:
CJ

G Code:
CK

G Code:
CL

G Code:
CM

G Code:
CN