

FORMATO NDI

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD POR DOLOR EN EL CUELLO

Gracias por responder a este cuestionario de resultados reportados por el/la paciente. Sus respuestas ayudan a su proveedor de salud a determinar las mejores opciones de tratamiento y a seguir el progreso de su recuperación a lo largo del tiempo. Sea tan amable de responder a cada una de las preguntas incluidas en este formato.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) _____

¿A USTED LO/LA OPERARON POR ESTE PROBLEMA ANTES DE RECIBIR TERAPIA? SÍ NO

ESCALA DE DOLOR: EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿QUÉ TAN FUERTE HA SIDO EL DOLOR?
ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA SU DOLOR.

SIN DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **EL PEOR DOLOR IMAGINABLE**

POR FAVOR, CALIFIQUE CÓMO CADA SECCIÓN ESTÁ AFECTANDO SU CAPACIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS:

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA, LA QUE **MEJOR** DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

1. INTENSIDAD DEL DOLOR:

- POR AHORA NO TENGO DOLOR.
- POR AHORA EL DOLOR ES MUY LEVE.
- POR AHORA EL DOLOR ES MODERADO.
- POR AHORA EL DOLOR ES MÁS O MENOS SEVERO.
- POR AHORA EL DOLOR ES MUY SEVERO.
- POR AHORA EL DOLOR ES EL PEOR DOLOR IMAGINABLE.

2. CUIDADO PERSONAL (ASEARSE, VESTIRSE, ETC.):

- PUEDO OCUPARME DE MI MISMO/A NORMALMENTE Y NO ME CAUSA DOLOR ADICIONAL.
- PUEDO OCUPARME DE MI MISMO/A NORMALMENTE, PERO ME PROVOCA DOLOR ADICIONAL.
- ME CAUSA DOLOR EL CUIDADO PERSONAL, ASÍ QUE LO HAGO DESPACIO Y CON CUIDADO.
- NECESITO ALGO DE AYUDA, PERO PUEDO ENCARGARME DE LA MAYORÍA DE LOS ASPECTOS DEL CUIDADO PERSONAL.
- NECESITO AYUDA TODOS LOS DÍAS EN LA MAYORÍA DE LOS ASPECTOS DEL CUIDADO PERSONAL.
- NO ME VISTO. ME ASEO CON DIFICULTAD, Y ME QUEDO EN CAMA.

3. LEVANTAR PESO:

- PUEDO LEVANTAR PESOS PESADOS SIN QUE EL DOLOR AUMENTE.
- PUEDO LEVANTAR PESOS PESADOS, PERO ESTO HACE QUE EL DOLOR AUMENTE.
- EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR PESOS PESADOS DEL SUELO, PERO SÍ PUEDO HACERLO SI ESTÁN COLOCADOS DE MANERA CONVENIENTE (V.G., SOBRE LA MESA – ETC.).
- EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR PESOS PESADOS DEL SUELO, PERO SÍ PUEDO LEVANTAR PESOS LIGEROS Y MEDIANOS SI ESTÁN COLOCADOS DE MANERA CONVENIENTE.
- SOLO PUEDO LEVANTAR PESOS MUY LIGEROS.
- NO PUEDO LEVANTAR NI CARGAR NADA EN ABSOLUTO.

4. LEER:

- PUEDO LEER TODO LO QUE QUIERA SIN TENER DOLOR EN EL CUELLO.
- PUEDO LEER TODO LO QUE QUIERA, PERO ME CAUSA DOLOR LEVE EN EL CUELLO.
- PUEDO LEER TODO LO QUE QUIERA, PERO ME CAUSA DOLOR MODERADO EN EL CUELLO.
- NO PUEDO LEER TODO LO QUE QUIERA POR EL DOLOR MODERADO EN EL CUELLO.
- CASI NO PUEDO LEER POR EL DOLOR SEVERO EN EL CUELLO.
- NO PUEDO LEER EN ABSOLUTO.

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD POR DOLOR EN EL CUELLO

5. DOLORES DE CABEZA:

- NO TENGO DOLORES DE CABEZA.
- TENGO DOLORES DE CABEZA LEVES QUE APARECEN DE VEZ EN CUANDO.
- TENGO DOLORES DE CABEZA MODERADOS QUE APARECEN DE VEZ EN CUANDO.
- TENGO DOLORES DE CABEZA MODERADOS QUE APARECEN CON FRECUENCIA.
- TENGO DOLORES DE CABEZA SEVEROS QUE APARECEN CON FRECUENCIA.
- TENGO DOLORES DE CABEZA CASI TODO EL TIEMPO.

6. CONCENTRACIÓN:

- PUEDO CONCENTRARME TOTALMENTE CUANDO QUIERO, SIN DIFICULTAD.
- PUEDO CONCENTRARME TOTALMENTE CUANDO QUIERO, CON UN POCO DE DIFICULTAD.
- TENGO MEDIANA DIFICULTAD PARA CONCENTRARME CUANDO QUIERO.
- TENGO MUCHA DIFICULTAD PARA CONCENTRARME CUANDO QUIERO.
- TENGO MUCHÍSIMA DIFICULTAD PARA CONCENTRARME CUANDO QUIERO.
- NO ME PUEDO CONCENTRAR EN ABSOLUTO.

7. TRABAJAR:

- PUEDO TRABAJAR TANTO COMO QUIERA.
- PUEDO HACER MI TRABAJO DE SIEMPRE, PERO NO MÁS QUE ES.
- PUEDO HACER CASI TODO MI TRABAJO DE SIEMPRE, PERO NO MÁS QUE ES.
- NO PUEDO HACER MI TRABAJO DE SIEMPRE.
- CASI NO PUEDO TRABAJAR.
- NO PUEDO TRABAJAR EN ABSOLUTO.

8. MANEJAR:

- PUEDO MANEJAR MI AUTO SIN TENER NINGÚN DOLOR EN EL CUELLO.
- PUEDO MANEJAR MI AUTO EL TIEMPO QUE YO QUIERA, PERO ME CAUSA DOLOR LEVE EN EL CUELLO.
- PUEDO MANEJAR MI AUTO EL TIEMPO QUE YO QUIERA, PERO ME CAUSA DOLOR MODERADO EN EL CUELLO.
- NO PUEDO MANEJAR MI AUTO EL TIEMPO QUE YO QUIERA DEBIDO AL DOLOR MODERADO EN EL CUELLO.
- CASI NO PUEDO MANEJAR DEBIDO AL SEVERO DOLOR EN EL CUELLO.
- NO PUEDO MANEJAR EN ABSOLUTO.

9. DORMIR:

- NO TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR.
- MI SUEÑO ESTÁ LEVEMENTE ALTERADO (MENOS DE 1 HORA DE SUEÑO PERDIDA).
- MI SUEÑO ESTÁ UN POCO ALTERADO (1-2 HORAS DE SUEÑO PERDIDAS).
- MI SUEÑO ESTÁ MODERADAMENTE ALTERADO (2-3 HORAS DE SUEÑO PERDIDAS).
- MI SUEÑO ESTÁ MUY ALTERADO (3-5 HORAS DE SUEÑO PERDIDAS).
- MI SUEÑO ESTÁ COMPLETAMENTE ALTERADO (5-7 HORAS DE SUEÑO PERDIDAS).

10. RECREACIÓN:

- PUEDO REALIZAR TODAS MIS ACTIVIDADES RECREATIVAS SIN NINGÚN DOLOR EN EL CUELLO.
- PUEDO REALIZAR TODAS MIS ACTIVIDADES RECREATIVAS, PERO ME CAUSA ALGO DE DOLOR EN EL CUELLO.
- PUEDO REALIZAR LA MAYORÍA DE MIS ACTIVIDADES RECREATIVAS DE SIEMPRE, PERO NO TODAS, POR EL DOLOR EN EL CUELLO.
- PUEDO REALIZAR POCAS DE MIS ACTIVIDADES RECREATIVAS DE SIEMPRE POR EL DOLOR EN EL CUELLO.
- CASI NO PUEDO REALIZAR NINGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA POR EL DOLOR EN EL CUELLO.
- NO PUEDO REALIZAR NINGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA.