

FORMATO QUICK DASH

DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

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 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 FÍSICA? 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 SU CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN LA ÚLTIMA SEMANA:

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA MÁS APROPIADA PARA CADA RENGLÓN.

	SIN DIFICULTAD	LEVE DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	SEVERA DIFICULTAD	NO PUEDO HACERLO
1. ABRIR UN FRASCO APRETADO O NUEVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. HACER TAREAS DEL HOGAR PESADAS (V.G., LAVAR PAREDES, LAVAR EL PISO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CARGAR UNA BOLSA DE COMPRAS O UN PORTAFOLIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. LAVARSE LA ESPALDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. USAR UN CUCHILLO PARA CORTAR ALIMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE LLEVAN ALGO DE FUERZA O IMPACTO A TRAVÉS DEL HOMBRO, MANO O BRAZO (GOLF, MARTILLO, TENIS, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATO QUICK DASH
DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

POR FAVOR, CALIFIQUE SU CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN LA ÚLTIMA SEMANA:
 MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA MÁS APROPIADA PARA CADA PREGUNTA.

	PARA NADA	LIGERAMENTE	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
7. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿EN QUÉ MEDIDA HA INTERFERIDO SU PROBLEMA DE BRAZO, HOMBRO O MANO EN SUS ACTIVIDADES SOCIALES NORMALES CON SU FAMILIA, AMISTADES, VECINOS O GRUPOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NADA LIMITADO/A	LIGERAMENTE LIMITADO/A	MODERADAMENTE LIMITADO/A	MUY LIMITADO/A	INCAPAZ
8. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿SE VIO USTED LIMITADO/A PARA TRABAJAR EN OTRAS ACTIVIDADES QUE NORMALMENTE REALIZA A DIARIO POR SU PROBLEMA DE BRAZO, HOMBRO O MANO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFIQUE LA SEVERIDAD DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LA ÚLTIMA SEMANA:
 MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA MÁS APROPIADA PARA CADA RENGLÓN.

	NADA	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMO
9. DOLOR EN EL BRAZO, HOMBRO O MANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. HORMIGUEO (ALFILERES Y AGUJAS) EN EL BRAZO, HOMBRO O MANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NINGUNA	LEVE DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	SEVERA DIFICULTAD	TANTA DIFICULTAD QUE NO PUEDO DORMIR
11. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿CUÁNTA DIFICULTAD HA TENIDO PARA DORMIR A CAUSA DEL DOLOR EN EL BRAZO, HOMBRO O MANO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>