

FOTO Patient Intake Form Lower Back

| | |
|--|-------------------------------------|
| <i>Staff to Complete</i> | |
| PATIENT NAME: _____ | Patient ID: _____ |
| Gender: Male / Female Date of Birth: ____/____/____ | Clinician: _____ |
| Body Part _____ | Impairment _____ Care Type _____ |
| Payer Source _____ | Date of Survey: ____/____/____ |

Estamos interesados en cómo se siente Ud. Y con qué habilidad puede hacer sus actividades usuales. Esta información nos podrá ser útil para poder recomendar el mejor tratamiento. Por favor conteste cada pregunta basado en su habilidad, sin importar como puede realizar la actividad. Si Ud. No ha realizado la actividad recientemente, por favor elija la respuesta más exacta.

| ¿Debido a su problema en la espalda, ¿está usted teniendo alguna dificultad para: | No me es posible realizar dicha actividad | Mucha dificultad | Bastante dificultad | Dificultad moderada | Poca dificultad | Sin dificultad |
|---|---|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------|
| 1. Su trabajo usual, como su trabajo en casa o en la escuela? | | | | | | |
| 2. Sus pasatiempos acostumbrados o actividades deportivas o de recreación? | | | | | | |
| 3. Realizar actividades laboriosas en el hogar? | | | | | | |
| 4. Doblarse hacia adelante o para agacharse? | | | | | | |
| 5. Alzar una caja de comestibles desde el suelo? | | | | | | |
| ¿Cuánto lo limita su salud, en lo que se refiere a: | Me limita mucho | Me limita un poco | No me limita | | | |
| 6. Realizar actividades enérgicas como correr, alzar objetos pesados, o participar en deportes muy enérgicos? | | | | | | |
| 7. Realizar actividades moderadas como mover una mesa o empujar la aspiradora, jugar a los bolos o jugar al golf? | | | | | | |
| 8. Poder alzar o cargar sus comestibles? | | | | | | |
| 9. Asistir a eventos sociales? | | | | | | |
| 10. Sentarse o pararse de una silla? | | | | | | |

11. Indique cuantas veces ha tenido cirugía para su dolencia principal.

- Ninguno
 1
 2
 3
 4+

12. ¿Hace cuantos días que comenzó su dolencia?

- 0-7 días
 8-14
 15-21
 22-90
 91 días a 6 meses
 Más de 6 meses

13. ¿Está tomando medicinas con prescripción para su dolencia?

- Sí
 No

ÍNDICE DE INCAPACIDAD DE LA ESPALDA OSWESTRY

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a entender mejor cómo el dolor de espalda afecta a su capacidad para manejar las actividades cotidianas. Por favor, marque la casilla **UNA DECLARACIÓN** en cada sección que le corresponda. Aunque se puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se refieren a usted, por favor marque la casilla **QUE MEJOR** describa su situación actual. Gracias.

| | |
|--|---|
| <p>SECCIÓN 1: Intensidad del Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mi dolor es de leve a moderada. No necesito calmantes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 El dolor es malo, pero me las arreglo sin tomar calmantes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Los calmantes proporcionan alivio completo del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Los calmantes proporcionan alivio moderado del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Los calmantes dan muy poco alivio del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Los calmantes tienen ningún efecto sobre el dolor</p> | <p>SECCIÓN 6: De pie</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo soportar todo el tiempo que quiera sin dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo soportar todo el tiempo que quiera, pero me aumenta el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide estar de pie durante más de 1 hora</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide estar de pie por más de ½ hora</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor me impide estar de pie en absoluto</p> |
| <p>SECCIÓN 2: Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo cuidar de mí mismo sin causar dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo cuidar de mí mismo, pero normalmente causa dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Es doloroso para cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Necesito un poco de ayuda, pero consigo la mayor parte de mi cuidado personal</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No me visto, me baño con dificultad y me quedo en la cama</p> | <p>SECCIÓN 7: Dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 El dolor no me impide dormir bien</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Duermo bien, pero sólo cuando tomo medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Aun cuando tomo el medicamento, duermo menos de 6 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Aun cuando tomo el medicamento, duermo menos de 4 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Aun cuando tomo el medicamento, duermo menos de 2 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor me impide dormir en absoluto</p> |
| <p>SECCIÓN 3: Elevación</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo levantar objetos pesados, pero causa dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo si se está perfectamente situado, por ejemplo, sobre una mesa</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo livianos o medianos y si están bien posicionados</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Sólo puedo levantar pesas muy livianas</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo levantar o transportar nada</p> | <p>SECCIÓN 8: Vida Social</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor afecta mi vida social, limitando sólo mi más intereses energéticos, tales como el baile, el deporte, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor ha limitado mi vida social, y no salgo muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor ha limitado mi vida social a mi casa</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No tengo vida social a causa del dolor</p> |
| <p>SECCIÓN 4: Caminar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo caminar lo mas lejos que yo quiera</p> <p><input type="checkbox"/> 1 El dolor me impide caminar más de 1 milla</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide caminar más de ½ milla</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide caminar más de ¼ de milla</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Puedo caminar solo si uso un bastón o muletas</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Estoy en la cama o en una silla la mayor parte del día.</p> | <p>SECCIÓN 9: Cambio de Grado de Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mi dolor es cada vez esta mejorando</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mi dolor fluctúa, pero en general está definitivamente mejorando</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es poca en la actualidad</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Mi dolor no mejora ni empeora</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Mi dolor está empeorando gradualmente</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Mi dolor está empeorando rápidamente</p> |
| <p>SECCIÓN 5: Sentado</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo sentarme en cualquier silla durante todo el tiempo que quiera</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo sentarme solo en mi sillón favorito, pero por el tiempo que me gusta</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide estar sentado durante más de 1 hora</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide sentarme por más de ½ hora</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor me impide estar sentado durante más de 10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor me impide sentarme en absoluto</p> | <p>SECCIÓN 10: Viajar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo viajar a cualquier parte sin dolor adicional</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo viajar a cualquier parte, pero me aumenta el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor es malo, pero aguanto viajes más de 2 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me limita a viajes de menos de 1 hora</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor me limita a los viajes necesarios de menos de ½ hora</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor impide viajar excepto al médico / hospital</p> |

SCORING:

Simply count up the points and plug the total in below: For each question there is a possible of 5 points: 0 for the first question, 1 for the second question, 2 for the third question etc.