

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Descripción:** El propósito de esta inspección obtener información de nuestros pacientes con respecto a sus niveles actuales de molestia y capacidad. **Por favor marque las respuestas debajo que mejor se aplican.**

**1. Estima por favor su nivel de dolor con actividad:**

Sin dolor = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Muy severo

**DOLOR DE CUELLO INDICE- INITIAL**

**1. Intensidad de dolor**

- (0) Yo no tengo dolor actualmente.
- (1) El dolor es muy templado actualmente.
- (2) El dolor es moderada actualmente.
- (3) El dolor es bastante extremo actualmente.
- (4) El dolor es muy extremo actualmente.
- (5) El dolor es el peor imaginable actualmente.

**2. El cuidado personal (lavando, vestir, etcétera.)**

- (0) Puedo cuidar normalmente sin dolor adicional.
- (1) Puedo cuidar normalmente pero causo dolor adicional.
- (2) Es doloroso cuidar y soy lento y cuidadoso.
- (3) Necesito alguna ayuda pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.
- (4) Necesito ayudar cada día en la mayoría de los aspectos de cuidado de mismo.
- (5) No puedo me visto, me baño con difícilmente y permanezco en la cama.

**3. Levantar**

- (0) Puedo levantar pesas pesadas sin dolor adicional.
- (1) Puedo levantar pesas pesadas pero causo dolor adicional.
- (2) El dolor me evita de levantar pesas pesadas del suelo pero pueden manejar si están en una mesa.
- (3) El dolor me evita de levantar pesas pesadas pero puedo manejar si son colocados convenientemente.
- (4) Puedo levantar pesas sólo muy ligeras.
- (5) Yo no puedo levantar ni puedo llevar nada en todo.

#### **4. Dolor de cabeza**

- (0) Tengo ningún dolores de cabeza.
- (1) Tengo dolores de cabeza leves que vienen infrecuentemente.
- (2) Tengo dolores de cabeza moderados que vienen infrecuentemente.
- (3) Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.
- (4) Tengo dolores de cabeza extremos que vienen infrecuentemente.
- (5) Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

#### **5. Recreación**

- (0) Puedo hacer todas mis actividades recreativas sin dolor.
- (1) Puedo hacer mis actividades recreativas con un poco de dolor.
- (2) Puedo hacer más pero no todas mis actividades recreativas usuales a causa de mi dolor de cuello.
- (3) Puedo hacer algunos de mis actividades recreativas usuales con un poco de dolor de cuello.
- (4) Yo apenas puedo hacer actividad recreativa a causa de dolor de cuello.
- (5) Yo no puedo hacer actividad recreativa en todo.

#### **6. Lectura**

- (0) Puedo leer tanto como deseo sin dolor en el cuello.
- (1) Puedo leer tanto como deseo con dolor leve de cuello.
- (2) Puedo leer tanto como deseo con dolor moderado de cuello.
- (3) Yo no puedo leer tanto como yo quiero a causa de dolor moderado de cuello.
- (4) Yo apenas puedo leer en todo a causa de dolor extremo de cuello.
- (5) Yo no puedo leer en todo a causa de dolor de cuello.

#### **7. Trabajo**

- (0) Puedo hacer tanto como quiero.
- (1) Yo sólo puedo hacer mi trabajo usual pero no más.
- (2) Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo usual pero no más.
- (3) Yo no puedo hacer mi trabajo usual.
- (4) Yo apenas puedo hacer algún trabajo usual en todo.
- (5) Yo no puedo hacer ningún trabajo en todo.

## 8. Dormir

- (0) Dolor no me impide de dormir bien.
- (1) Mi sueño es perturbado ligeramente (<1 pérdida de sueño de hora).
- (2) Mi sueño es perturbado leve (1-2 pérdida de sueño de hora).
- (3) Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 pérdida de sueño de hora).
- (4) Mi sueño es perturbado muchas (3-4 pérdidas de sueño de hora).
- (5) Mi sueño es perturbado completamente (5-7 pérdida de sueño de hora).

## 9. Concentración

- (0) Puedo concentrar completamente cuando desee con ninguna dificultad.
- (1) Puedo concentrar completamente cuando desee con dificultad leve.
- (2) Tengo un grado significativo de dificultad que concentra.
- (3) Tengo mucha dificultad que concentra cuando desee.
- (4) Tengo gran concentrar de dificultad cuando desee.
- (5) Yo no puedo concentrar en todo.

## 10. Conducir

- (0) Puedo conducir mi coche sin dolor de cuello.
- (1) Puedo conducir mi coche tanto tiempo como desee con dolor leve de cuello.
- (2) Puedo conducir mi coche tanto tiempo como desee con dolor moderado de cuello.
- (3) Yo no puedo conducir mi coche tanto tiempo como yo quiero a causa de dolor moderado.
- (4) Yo apenas puedo conducir mi coche en todo a causa de dolor extremo de cuello.
- (5) Yo no puedo conducir mi coche en todo.

*Neck Disability Index © Vernon H. and Mior S., 1991.*

USO DEL TERAPEUTA SOLO			
Comorbidities:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Heart Condition	ICD Code: _____
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	
	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Multiple Treatment Areas	
	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Surgery for this Problem	