

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

### **OSWESTRY INDICE DE DOLOR-PRIMERA**

#### **1. Intensidad de dolor**

- (0) Puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que utilizar medicina de dolor.
- (1) El dolor es malo, pero puedo manejar sin tener que tomar medicina de dolor.
- (2) La medicina de dolor me proporciona con alivio completo del dolor.
- (3) La medicina de dolor me proporciona con alivio moderado del dolor.
- (4) La medicina de dolor me proporciona con alivio pequeño del dolor.
- (5) La medicina del dolor no tiene efecto en mi dolor.

#### **2. El Cuidado personal (lavando, vestir, etcétera.)**

- (0) Puedo cuidar de yo mismo normalmente sin causar un aumento en el dolor.
- (1) Puedo cuidar de yo mismo normalmente, pero aumenta mi dolor.
- (2) Es doloroso cuidar y soy lento y cuidadoso.
- (3) Necesito 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) Yo no soy vestido, me baño con dificultad, y permanezco en la cama.

#### **3. Levantar**

- (0) Puedo levantar pesas pesadas sin un aumento en el dolor.
- (1) Puedo levantar pesas pesadas pero causa un aumento en el dolor.
- (2) El dolor me evita de levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejar si las pesas son posicionadas convenientemente (como en una mesa).
- (3) El dolor me evita de levantar pesas pesadas pero puedo manejar pesos ligeros a medios si son posicionados convenientemente.
- (4) Puedo levantar pesas sólo muy ligeras.
- (5) Yo no puedo levantar ni puedo llevar nada en todo.

#### **4. Caminar**

- (0) El dolor no me evita de caminar ninguna distancia.
- (1) El dolor me evita de caminar más de 1 milla.
- (2) El dolor me evita de caminar más de 1/2 milla.
- (3) El dolor me evita de caminar más de 1/4 milla.
- (4) Yo sólo puedo caminar con muletas o una caña.
- (5) Estoy en la cama gran parte del tiempo y tengo que arrastrarse al excusado.

#### **5. Sentarse**

- (0) Puedo sentarme en cualquier silla para cualquier cantidad de tiempo.
- (1) Yo sólo puedo sentarme en mi silla favorita para cualquier cantidad de tiempo.
- (2) El dolor me evita de sentarse más de 1 hora.
- (3) El dolor me evita de sentarse más de ½ hora.
- (4) El dolor me evita de sentarse más de 10 minutos.
- (5) El dolor me evita de sentirse en todo.

## 6. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie cualquier cantidad de tiempo sin un aumento en el dolor.
- (1) Puedo estar de pie cualquier cantidad de tiempo pero con un aumento en el dolor.
- (2) El dolor me evita de estar de pie más de 1 hora.
- (3) El dolor me evita de estar de pie más de 1/2 hora.
- (4) El dolor me evita de estar de pie más de 10 minutos.
- (5) El dolor me evita de estar de pie en todo.

## 7. Dormir

- (0) Dolor no me impide de dormir bien.
- (1) Puedo dormir bien sólo utilizando medicina de dolor.
- (2) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 6 horas.
- (3) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 4 horas.
- (4) Aún cuando tomo medicina de dolor, yo duermo menos de 2 horas.
- (5) El dolor me evita de dormir en todo.

## 8. Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no aumenta mi dolor.
- (1) Mi vida social es normal, pero aumenta mi nivel de dolor.
- (2) El dolor me evita de tomar parte en actividades más energéticas (como deportes, bailando).
- (3) El dolor me evita de salir muy a menudo.
- (4) El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar.
- (5) Tengo apenas alguna vida social a causa de mi dolor.

## 9. Viajes

- (0) Puedo viajar dondequiera sin un aumento en el dolor.
- (1) Puedo viajar dondequiera, pero aumento mi dolor.
- (2) Mi dolor restringe mi viaje más de 2 horas.
- (3) Mi dolor restringe mi viaje más de 1 hora.
- (4) Mi dolor restringe mi viaje a viajes necesarios cortos bajo 1/2 hora.
- (5) Mi dolor evita todo el viaje menos visitas al médico/terapeuta o el hospital.

## 10. El empleo/ Economía doméstica

- (0) Mis actividades normales del Economía doméstica/trabajo no causan dolor.
- (1) Mis actividades normales del economía doméstica/trabajo aumentan mi dolor, pero yo todavía puedo realizar todo que es requerido de mí.
- (2) Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de la economía doméstica/trabajo, pero el dolor me evita de realizar actividades más físicamente estresantes (como levantar, limpiar con aspiradora).
- (3) El dolor me evita de hacer algo pero los deberes ligeros.
- (4) El dolor me evita aún de hacer los deberes ligeros.
- (5) El dolor me evita de realizar cualquier tarea del trabajo o la economía doméstica.

**ODI © Jeremy Fairbank 1980, All rights reserved. ODI contact information and permission to use: MAPI Research Trust, Lyon, France.**

**E-mail: [contact@mapi-trust.org](mailto:contact@mapi-trust.org) – Internet: [www.mapi-trust.org](http://www.mapi-trust.org)**

USO DEL TERAPEUTA SOLO		
Comorbidities:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Heart Condition
	<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
		ICD Code: _____