

Formulario de Ingreso

Estimado/a paciente, es nuestra preocupación que las medidas terapéuticas que tomamos resulten en una real mejoría en la calidad de vida de usted. Para monitorizar nuestra labor, es muy importante contar con un instrumento objetivo que nos permita saber el impacto de su enfermedad y del tratamiento que efectuamos en su calidad de vida. Las siguientes preguntas tienen por objetivo darnos la información necesaria para tal efecto. Es, por lo tanto muy importante que usted responda **TODAS** las preguntas, marcando el casillero que más se aproxime a su caso, según como usted se siente actualmente. Toda la información que usted nos entregue será estrictamente confidencial, y pasará a formar parte de un archivo estadístico. Agradecemos su ayuda al contestar este cuestionario.

Nombre	
Diagnósticos	
Fecha de nacimiento	
Actividad laboral	
Fecha de operación	
Fecha actual	
TELÉFONOS	
Casa	
Celular	
Trabajo	
Familiar cercano	
DIRECCIÓN	
Domicilio	
Trabajo	

ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Ninguno	<input type="checkbox"/> .
Educación Básica	<input type="checkbox"/> .
Educación Media	<input type="checkbox"/> .
Técnicos	<input type="checkbox"/> .
Universitarios	<input type="checkbox"/> .
Post-Grado	<input type="checkbox"/> .

DOLOR

La línea de abajo representa una escala de su dolor. El extremo izquierdo significa sin dolor, y el extremo derecho significa dolor insoportable. Por favor, marque en la línea el grado de dolor.

ACTUALMENTE, mi dolor es:

Sin dolor 0 ————— 100 (dolor insoportable)

1.- Intensidad del dolor

- Actualmente no tengo dolor de columna ni de pierna
- Mi dolor de columna o pierna es muy leve en este momento.
- Mi dolor de columna o pierna es moderado en este momento.
- Mi dolor de columna o pierna es intenso en este momento
- Mi dolor de columna o pierna es muy intenso en este momento.
- Mi dolor es el peor imaginable en este momento.

2.- Actividades cotidianas (lavarse, vestirse, etc.)

- Las realizo sin ningún dolor
- Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor
- Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor
- Ocasionalmente requiero ayuda
- Requiero ayuda a diario
- Necesito ayuda para todo, estoy postrado/a en cama

3.- Levantar objetos

- Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor
- Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor
- No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura, ej. desde una mesa
- Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano
- Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas
- No puedo levantar ni cargar nada

4.- Caminar

- Camino todo lo que quiero sin dolor.
- No puedo caminar más de 10-20 cuadras. debido al dolor.
- No puedo caminar más de 5-10 cuadras debido al dolor.
- No puedo caminar más de 5 cuadras debido al dolor
- Sólo puedo caminar ayudado por uno o dos bastones.
- Estoy prácticamente en cama, me cuesta mucho hasta ir al baño

5.- Sentarse

- Me puedo sentar en cualquier silla, todo el rato que quiera sin sentir dolor
- Sólo en un asiento especial puedo sentarme sin dolor.
- No puedo estar sentado más de una hora sin dolor
- No puedo estar sentado más de treinta minutos sin dolor.
- No puedo permanecer sentado más de diez minutos sin dolor.
- No puedo permanecer ningún instante sentado sin que sienta dolor.

6.- Pararse

- Puedo permanecer de pie lo que quiero sin dolor.
- Puedo permanecer de pie lo que quiero, aunque con dolor.
- No puedo estar más de una hora parado libre de dolor.
- No puedo estar parado más de treinta minutos libre de dolor.
- No puede estar parado más de diez minutos sin dolor.
- No puedo permanecer ningún instante de pie sin dolor.

7.- Dormir

- Puedo dormir bien, libre de dolor.
- Ocasionalmente el dolor me altera el sueño
- Por el dolor no logro dormir más de 6 hrs. seguidas.
- Por el dolor no logro dormir más de 4 hrs. seguidas.
- Por el dolor no logro dormir más de 2 hrs. seguidas.
- No logro dormir nada sin dolor.

8.- Actividad Sexual

- Normal, sin dolor de columna.
- Normal, aunque con dolor ocasional de columna.
- Casi normal pero con importante dolor de columna.
- Seriamente limitada por el dolor de la columna.
- Casi sin actividad, por el dolor de la columna.
- Sin actividad, debido a los dolores de columna.

9.- Actividades recreativas y sociales

- Sin restricciones, libres de dolor.
- Mi actividad es normal pero aumenta el dolor.
- Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas (ej. deportes)
- Debido al dolor salgo muy poco
- Debido al dolor no salgo nunca.
- No hago nada, debido al dolor.

10.- Transportes-viajes

- Sin problemas, libre de dolor.
- Sin problemas, pero me produce dolor.
- El dolor es severo, pero logro viajes de hasta 2 horas.
- Puedo viajar menos de 1 hr., por el dolor.
- Puedo viajar menos de 30 minutos, por el dolor.
- Sólo viajo para ir al médico o al hospital.

Actividad Laboral

- Dueña/o de casa
- Trabajo (remunerado)
- Jubilado por mi columna.
- Jubilado por otra causa
- Cesante.
- Pensión de invalidez por la columna
- Con licencia por mi columna
- Con licencia por otra causa
- Estudiante

Jornada Laboral

- Esporádico
- Trabajo horario parcial
- Trabajo jornada completa liviano (Ej.: oficina)
- Trabajo pesado jornada completa (jornal, minero, obrero agrícola, etc.)

Deportes

- No practico deporte.
- Hasta 1 hora a la semana.
- Entre 1 y 3 horas a la semana.
- Entre 3 y 5 horas a la semana.
- Más de 5 horas a la semana.