

Formulario Ambulatorio

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	
Teléfono casa	
Celular	
Tel. familiar cercano	
Correo Electrónico	
Domicilio Particular	
Fecha de operación	
Fecha actual	

Momento en que se realizó este cuestionario (marque una alternativa):
<input type="checkbox"/> Ingreso al hospital <input type="checkbox"/> Egreso del hospital <input type="checkbox"/> Control postoperatorio

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"/>	.

Satisfacción	
Indique el grado de satisfacción con los resultados de su tratamiento	
<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
<input type="checkbox"/>	Satisfecho
<input type="checkbox"/>	Poco satisfecho
<input type="checkbox"/>	Francamente insatisfecho

DOLOR	
Las líneas de abajo representan una escala de su dolor. El extremo izquierdo significa sin dolor, y el extremo derecho significa dolor insoportable. Por favor, marque en ambas líneas el grado de dolor.	
ANTES de operarme, la intensidad de mi dolor era:	
Sin dolor	0 _____ 100 (insoporable)
ACTUALMENTE, mi dolor es:	
Sin dolor	0 _____ 100 (insoporable)

1.- Intensidad del dolor	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> No tenía dolor de columna ni de pierna	<input type="checkbox"/> Actualmente no tengo dolor de columna ni de pierna
<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna era muy leve en ese momento.	<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna es muy leve en este momento.
<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna era moderado en ese momento.	<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna es moderado en este momento.
<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna era intenso en ese momento	<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna es intenso en este momento
<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna era muy intenso en ese momento.	<input type="checkbox"/> Mi dolor de columna o pierna es muy intenso en este momento.
<input type="checkbox"/> Mi dolor era el peor imaginable en ese momento.	<input type="checkbox"/> Mi dolor es el peor imaginable en este momento.

2.- Actividades cotidianas (lavarse, vestirse, etc.)	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Las realizaba sin ningún dolor	<input type="checkbox"/> Las realizo sin ningún dolor
<input type="checkbox"/> Podía hacer de todo solo/a y en forma normal, pero con dolor	<input type="checkbox"/> Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor
<input type="checkbox"/> Las realizaba en forma más lenta y cuidadosa por el dolor	<input type="checkbox"/> Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente requería ayuda	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente requiero ayuda
<input type="checkbox"/> Requería ayuda a diario	<input type="checkbox"/> Requiero ayuda a diario
<input type="checkbox"/> Necesitaba ayuda para todo, estaba postrado/a en cama	<input type="checkbox"/> Necesito ayuda para todo, estoy postrado/a en cama

3.- Levantar objetos	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Podía levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor	<input type="checkbox"/> Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor
<input type="checkbox"/> Podía levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor	<input type="checkbox"/> Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor
<input type="checkbox"/> No podía levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura, ej. desde una mesa	<input type="checkbox"/> No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura, ej. desde una mesa
<input type="checkbox"/> Sólo podía levantar desde el suelo objetos de peso mediano	<input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano
<input type="checkbox"/> Sólo podía levantar desde el suelo cosas muy livianas	<input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas
<input type="checkbox"/> No podía levantar ni cargar nada	<input type="checkbox"/> No puedo levantar ni cargar nada

4.- Caminar	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Caminaba todo lo que quería sin dolor.	<input type="checkbox"/> Camino todo lo que quiero sin dolor.
<input type="checkbox"/> No podía caminar más de 10-20 cuerdas. debido al dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo caminar más de 10-20 cuerdas. debido al dolor.
<input type="checkbox"/> No podía caminar más de 5-10 cuerdas debido al dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo caminar más de 5-10 cuerdas debido al dolor.
<input type="checkbox"/> No podía caminar más de 5 cuerdas debido al dolor	<input type="checkbox"/> No puedo caminar más de 5 cuerdas debido al dolor
<input type="checkbox"/> Sólo podía caminar ayudado por uno o dos bastones.	<input type="checkbox"/> Sólo puedo caminar ayudado por uno o dos bastones.
<input type="checkbox"/> Estaba prácticamente en cama, me costaba mucho hasta ir al baño	<input type="checkbox"/> Estoy prácticamente en cama, me cuesta mucho hasta ir al baño

5.- Sentarse	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Me podía sentar en cualquier silla, todo el rato que quiera sin sentir dolor	<input type="checkbox"/> Me puedo sentar en cualquier silla, todo el rato que quiera sin sentir dolor
<input type="checkbox"/> Sólo en un asiento especial podía sentarme sin dolor.	<input type="checkbox"/> Sólo en un asiento especial puedo sentarme sin dolor.
<input type="checkbox"/> No podía estar sentado/a más de una hora sin dolor	<input type="checkbox"/> No puedo estar sentado más de una hora sin dolor
<input type="checkbox"/> No podía estar sentado/a más de treinta minutos sin dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo estar sentado más de treinta minutos sin dolor.
<input type="checkbox"/> No podía permanecer sentado/a más de diez minutos sin dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo permanecer sentado más de diez minutos sin dolor.
<input type="checkbox"/> No podía permanecer ningún instante sentado/a sin que sintiera dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo permanecer ningún instante sentado sin que sienta dolor.

6.- Pararse	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Podía permanecer de pie lo que quería sin dolor.	<input type="checkbox"/> Puedo permanecer de pie lo que quiero sin dolor.
<input type="checkbox"/> Podía permanecer de pie lo que quería, aunque con dolor.	<input type="checkbox"/> Puedo permanecer de pie lo que quiero, aunque con dolor.
<input type="checkbox"/> No podía estar más de una hora parado/a libre de dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo estar más de una hora parado libre de dolor.
<input type="checkbox"/> No podía estar parado/a más de treinta minutos libre de dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo estar parado más de treinta minutos libre de dolor.
<input type="checkbox"/> No podía estar parado/a más de diez minutos sin dolor.	<input type="checkbox"/> No puede estar parado más de diez minutos sin dolor.
<input type="checkbox"/> No podía permanecer ningún instante de pie sin dolor.	<input type="checkbox"/> No puedo permanecer ningún instante de pie sin dolor.

7.- Dormir	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Podía dormir bien, libre de dolor.	<input type="checkbox"/> Puedo dormir bien, libre de dolor.
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente el dolor me alteraba el sueño	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente el dolor me altera el sueño
<input type="checkbox"/> Por el dolor no lograba dormir más de 6 hrs. seguidas.	<input type="checkbox"/> Por el dolor no logro dormir más de 6 hrs. seguidas.
<input type="checkbox"/> Por el dolor no lograba dormir más de 4 hrs. seguidas.	<input type="checkbox"/> Por el dolor no logro dormir más de 4 hrs. seguidas.
<input type="checkbox"/> Por el dolor no lograba dormir más de 2 hrs. seguidas.	<input type="checkbox"/> Por el dolor no logro dormir más de 2 hrs. seguidas.
<input type="checkbox"/> No lograba dormir nada sin dolor.	<input type="checkbox"/> No logro dormir nada sin dolor.

8.- Actividad Sexual	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Normal, sin dolor de columna.	<input type="checkbox"/> Normal, sin dolor de columna.
<input type="checkbox"/> Normal, aunque con dolor ocasional de columna.	<input type="checkbox"/> Normal, aunque con dolor ocasional de columna.
<input type="checkbox"/> Casi normal pero con importante dolor de columna.	<input type="checkbox"/> Casi normal pero con importante dolor de columna.
<input type="checkbox"/> Seriamente limitada por el dolor de la columna.	<input type="checkbox"/> Seriamente limitada por el dolor de la columna.
<input type="checkbox"/> Casi sin actividad, por el dolor de la columna.	<input type="checkbox"/> Casi sin actividad, por el dolor de la columna.
<input type="checkbox"/> Sin actividad, debido a los dolores de columna.	<input type="checkbox"/> Sin actividad, debido a los dolores de columna.

9.- Actividades recreativas y sociales	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Sin restricciones, libres de dolor.	<input type="checkbox"/> Sin restricciones, libres de dolor.
<input type="checkbox"/> Mi actividad era normal pero aumenta el dolor.	<input type="checkbox"/> Mi actividad es normal pero aumenta el dolor.
<input type="checkbox"/> Mi dolor tenía poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas (ej. deportes)	<input type="checkbox"/> Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas (ej. deportes)
<input type="checkbox"/> Debido al dolor salía muy poco	<input type="checkbox"/> Debido al dolor salgo muy poco
<input type="checkbox"/> Debido al dolor no salía nunca.	<input type="checkbox"/> Debido al dolor no salgo nunca.
<input type="checkbox"/> No hacía nada, debido al dolor.	<input type="checkbox"/> No hago nada, debido al dolor.

10.- Transportes-viajes	
Antes de la Cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Sin problemas, libre de dolor.	<input type="checkbox"/> Sin problemas, libre de dolor.
<input type="checkbox"/> Sin problemas, pero me producía dolor.	<input type="checkbox"/> Sin problemas, pero me produce dolor.
<input type="checkbox"/> El dolor era severo, pero lograba viajes de hasta 2 horas.	<input type="checkbox"/> El dolor es severo, pero logro viajes de hasta 2 horas.
<input type="checkbox"/> Podía viajar menos de 1 hr., por el dolor.	<input type="checkbox"/> Puedo viajar menos de 1 hr., por el dolor.
<input type="checkbox"/> Podía viajar menos de 30 minutos, por el dolor.	<input type="checkbox"/> Puedo viajar menos de 30 minutos, por el dolor.
<input type="checkbox"/> Sólo viajaba para ir al médico o al hospital.	<input type="checkbox"/> Sólo viajo para ir al médico o al hospital.

Actividad Laboral	
Antes de la cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Dueña/o de casa <input type="checkbox"/> Trabajo (remunerado) <input type="checkbox"/> Jubilado por mi columna. <input type="checkbox"/> Jubilado por otra causa <input type="checkbox"/> Cesante. <input type="checkbox"/> Pensión de invalidez por la columna <input type="checkbox"/> Con licencia por mi columna <input type="checkbox"/> Con licencia por otra causa <input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Dueña/o de casa <input type="checkbox"/> Trabajo (remunerado) <input type="checkbox"/> Jubilado por mi columna. <input type="checkbox"/> Jubilado por otra causa <input type="checkbox"/> Cesante. <input type="checkbox"/> Pensión de invalidez por la columna <input type="checkbox"/> Con licencia por mi columna <input type="checkbox"/> Con licencia por otra causa <input type="checkbox"/> Estudiante

Jornada Laboral	
Antes de la cirugía	Actualmente
<input type="checkbox"/> Esporádico <input type="checkbox"/> Trabajo horario parcial. <input type="checkbox"/> Trabajo jornada completa liviano (Ej.: oficina) <input type="checkbox"/> Trabajo pesado jornada completa (jornal, minero, obrero agrícola, etc.)	<input type="checkbox"/> Esporádico <input type="checkbox"/> Trabajo horario parcial <input type="checkbox"/> Trabajo jornada completa liviano (Ej.: oficina) <input type="checkbox"/> Trabajo pesado jornada completa (jornal, minero, obrero agrícola, etc.)

Características de su trabajo actual
<input type="checkbox"/> Más liviano que antes <input type="checkbox"/> El mismo que antes, pero con dificultad <input type="checkbox"/> El mismo que antes, sin dificultad <input type="checkbox"/> Más pesado que antes

Inicio laboral
A continuación indique cuanto tiempo tras su cirugía volvió a su trabajo o a su actividad previa

Deportes		
Antes de enfermar de su columna	Antes de la cirugía	Actualmente
(Este ítem debe ser contestado siempre. Marque sólo 1 alternativa)	(Contestar cuando corresponda. Marque sólo 1 alternativa.)	(Contestar cuando corresponda. Aquí puede marcar más de una alternativa)
<input type="checkbox"/> No practicaba deporte. <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Más de 5 horas a la semana.	<input type="checkbox"/> No practicaba deporte. <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Más de 5 horas a la semana.	<input type="checkbox"/> No practico deporte. <input type="checkbox"/> Hasta 1 hora a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas a la semana. <input type="checkbox"/> Más de 5 horas a la semana.

Características de su deporte actual
Indique las características de los deportes que actualmente practica
<input type="checkbox"/> Los mismos que antes de enfermar <input type="checkbox"/> Menos exigentes que antes de enfermar <input type="checkbox"/> Más exigentes que antes de enfermar

Cese o reducción de deportes
Indique porqué dejó de practicar deportes, o redujo su frecuencia y/o exigencia
<input type="checkbox"/> Por indicación médica. <input type="checkbox"/> Por dolor de la zona operada o de pierna o brazo a consecuencia de mi enfermedad de columna.. <input type="checkbox"/> Por pérdida de fuerza de una o más extremidades a consecuencia de mi enfermedad de columna. <input type="checkbox"/> Por pérdida de movilidad de la columna. <input type="checkbox"/> Por temor a volver a tener problemas de columna. <input type="checkbox"/> Por otras razones que no guardan relación con mi enfermedad de columna.