

### Instrucciones

- Use lápiz nº2 para marcar
- Por favor marque solo una casilla en cada pregunta
- Marcar rellenando toda la casilla
- Indicación obligatoria

Utilización interna solamente. No leído por escaner.

Apellidos		Nombre		Sexo
Dirección			No. de paciente	
Código ciudad	Código postal	Ciudad		
Número de seguro social (no. AVS)			Fecha nac. (DD.MM.AAAA)	

### Intervalo de examen

- |  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ante el tratamiento     | <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 2 años           |  |
| <input type="checkbox"/> de alta                 | <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 3 años           |  |
| <input type="checkbox"/> (final del tratamiento) | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 4 años           |  |
| <input type="checkbox"/> 4 semanas               | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 5 años           | por ejemplo 4 meses = 4 meses/12 meses |
| <input type="checkbox"/> 6 semanas               | <input type="checkbox"/> 1 año   | <input type="checkbox"/> otro: ..... años | = 0.33 años                            |

**Los problemas del cuello** pueden provocar dolor de cuello y/o dolor en la región del brazo/hombro, así como a trastornos sensitivos como hormigueos, pinchazos o entumecimiento en cualquiera de estas regiones.

**1** ¿Cual de los siguientes problemas es **el que más le molesta**? Por favor marque solo una casilla.

- dolor de cuello
- dolor de brazo/hombro
- trastornos sensitivos en el brazo/hombro como hormigueo, pinchazos, entumecimiento
- ninguna de las anteriores

**2** En las dos preguntas siguientes (2a y 2b) por favor indique la intensidad del dolor de 0 a 10 (0 = **ningún** dolor, 10 = el **peor dolor imaginable**). Hay preguntas separadas para el **dolor de cuello** y para el **dolor de brazo/hombro**.

**2a** ¿Cuán intenso fue su **dolor de cuello**, durante la última semana?

ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    **peor** dolor imaginable

                                          

**2b** ¿Cuán intenso fue su **dolor de brazo/hombro**, durante la última semana?

ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    **peor** dolor imaginable

                                          

**3** Durante la última semana, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual? (Incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)

- nada
- un poco
- regular
- bastante
- mucho

**4** ¿Cómo se sentiría Vd. si tuviese que pasar **el resto de su vida con las molestias que tiene en este momento**?

- muy contento
- bastante contento
- ni contento ni disgustado
- algo disgustado
- muy disgustado

**5** ¿Considerando **la última semana**: Como calificaría su calidad de vida?

- muy buena
- buena
- regular
- mala
- muy mala

**por favor, doble la página...**

**6** Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de hacer alguna de las **actividades cotidianas** que suelen ocuparle más de medio día, a causa de su dolor de cuello o del brazo?

- ninguno
- entre 1 y 7 días
- entre 8 y 14 días
- entre 15 y 21 días
- más de 21 días

**7** Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de ir a trabajar o a clase a causa de su dolor de cuello o del brazo?

- ninguno
- entre 1 y 7 días
- entre 8 y 14 días
- entre 15 y 21 días
- más de 21 días

Responda a las preguntas siguientes solamente si completan este cuestionario DESPUES del tratamiento

**8a** ¿Sufrió alguna **complicación** como consecuencia del tratamiento **en nuestra institución (consulta/ clínica)**? (Ej: problemas de cicatrización, parálisis, trastorno sensitivo)

- no
- sí → por favor, descríbalas: .....

**8b** ¿Cuánto le han molestado estas complicaciones?

- nada
- un poco
- regular
- bastante
- mucho

**9** ¿Desde que fue tratado en nuestra institución (consulta/ clínica), ha sido **tratado de nuevo** de su columna cervical (cuello) **en nuestra o en una otra institución (consulta/ clínica)**?

- no
- sí, pero a distinto nivel de la columna
- sí, al mismo nivel (mismo segmento vertebral)

**10** ¿Cómo de satisfecho ha estado, **con el tratamiento recibido en nuestra institución (consulta/ clínica)**, mientras ha sido tratado de su dolor de cuello o del brazo?

- muy contento
- bastante contento
- ni contento ni disgustado
- algo disgustado
- muy disgustado

**11** En general, ¿cuánto ayudó, a su problema de cuello, el **tratamiento realizado en nuestra institución (consulta/ clínica)**?

- ayudó mucho
- ayudó
- ayudó solo un poco
- no ayudó
- empeoró el problema

Fecha

Día  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
 Mes  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12      Año  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25

Firma: .....