

NDI FORMULA
ÍNDICE DE DISCAPACIDAD POR DOLOR DE CUELLO

Gracias por completar este reporte de paciente cuestionario. Tus respuestas ayudan a tu proveedor determinar la mejor opción y tratamiento para ver su progreso sobre el tiempo. Por favor conteste cada pregunta incluida en este formulario.

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Has tenido cirugía por este problema antes de recibir terapia física?

 Sí No

Puntuación de dolor: sobre las 24 horas, que mal ha estado su dolor?

Circule el número que mejor representa su dolor.

No Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor imaginable

Por Favor escoge como cada sección está afectando su habilidad de manejar sus actividades diarias.

Circule una respuesta en que más describe su condición actualmente.

1. Intensidad de dolor:

- No tengo dolor en este momento
- El dolor es mínimo en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es bastante severo en este momento
- El dolor es muy severo en este momento
- El dolor es lo peor imaginable en este momento

2. Cuidado Personal (Lavado, Vestimenta)

- Yo puedo cuidar de mí mismo sin causar dolor extra.
- Yo puedo cuidar de mí mismo pero me causa dolor extra.
- Es doloroso para cuidar de mí mismo y lo hago lentamente y cuidadosamente
- Necesito ayuda pero manejo la mayoría de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todo los días en la mayoría de mi cuidado personal.
- Yo no me visto. Yo lavo con dificultad y me quedo en la cama.

3. Levantamiento:

- Yo puedo levantar pesas pesadas sin dolor.
- Yo puedo levantar pesas pesadas pero me causa aumento de dolor.
- Dolor me previene de levantar pesas pesadas del piso, pero las puedo levantar si están en una posición conveniente.
- Dolor me previene de levantar pesas pesadas del piso, pero yo lo puedo manejar si es ligero a medio pesas si están en una posición conveniente.
- Yo puedo levantar solo pesas ligeras.
- Yo no puedo levantar o cargar nada.

4. Leyendo:

- Yo puedo leer cuanto yo quiera sin dolor en mi cuello.
- Yo puedo leer cuanto yo quiera con leve dolor en mi cuello.
- Yo puedo leer cuanto yo quiera con dolor moderado en mi cuello.
- Yo no puedo leer tanto como yo quería por el dolor moderado en mi cuello.
- Yo apenas puedo leer por el dolor severo en mi cuello.
- Yo no puedo leer

5. Dolor de cabeza:

- No tengo dolor de cabeza
- Yo tengo dolor de cabeza ligero que viene con poca frecuencia
- Yo tengo dolor de cabeza moderado que viene con poca frecuencia.
- Yo tengo dolor de cabeza que viene frecuentemente.
- Yo tengo severo dolor de cabeza que viene frecuentemente.
- Yo tengo dolor de cabeza casi todo el tiempo.

6. Concentration:

- Yo me puedo concentrar completamente cuando yo quiero sin dificultad.
- Yo me puedo concentrar completamente cuando yo quiera.
- Yo tengo un título justo de dificultad en concentración cuando yo quiera.
- Yo tengo mucha dificultad en concentrarme cuando yo quiera.
- Yo tengo dificultad en concentrarme cuando yo quiera
- No me puedo concentrar para nada

7. Trabajo:

- Yo puedo hacer todo el trabajo cuanto yo quiera.
- Yo solamente puedo hacer mi trabajo usual pero no más.
- Yo puedo hacer la mayoría de mi trabajo pero no más.
- No puedo ser mi trabajo usual.
- Yo apenas puedo hacer mi trabajo.
- Yo no puedo hacer nada en mi trabajo.

8. Manejando:

- Yo puedo manejar sin dolor en mi cuello.
- Yo puedo manejar el carro por cuanto yo quiera con un dolor leve en mi cuello.
- Yo puedo manejar mi carro por cuanto yo quiera con dolor moderado en mi cuello.
- Yo no puedo manejar mi carro cuanto yo quiera por el dolor moderado en mi cuello.
- Yo difícilmente puedo manejar por el dolor severo de cuello.
- No puedo manejar.

9. Dormir:

- No tengo trabajo para dormir.
- Mi sueño está levemente perturbado. (menos de una hora perdida de sueño)
- Mi sueño es levemente perturbado (1-2 horas perdidas de sueño)
- Mi sueño es moderadamente perturbada (2-3 horas perdidas de sueño)
- Mi sueño es muy perturbado (3-5 horas perdidas de sueño)
- Mi sueño es completamente perturbado (5-7 horas perdidas de sueño)

10. Recreacion:

- Yo puedo hacer todas mis actividades sin dolor de cuello.
- Yo puedo hacer todas mis actividades con un poco de dolor en mi cuello.
- Yo puedo hacer la mayoría pero no todas las actividades por el dolor en mi cuello.
- Yo puedo hacer pocas de mis actividades por el dolor en mi cuello.
- Yo apenas puedo hacer actividades por el dolor en mi cuello.
- Yo no puedo hacer actividades.