

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

- 0. No tengo dolor en este momento.
- 1. El dolor es muy suave en este momento.
- 2. El dolor va y viene y es moderado.
- 3. El dolor es severo en este momento.
- 4. El dolor es muy severo en este momento.
- 5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

- 0. No tengo ningún problema durmiendo.
- 1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
- 2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
- 3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
- 4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
- 5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

Lectura

- 0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
- 1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
- 2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- 3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- 4. Dificilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
- 5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

- 0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- 1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
- 2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
- 3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
- 4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
- 5. No puedo concentrarme.

Trabajo

- 0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
- 1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
- 2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
- 3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
- 4. Dificilmente puedo hacer algo de trabajo.
- 5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

- 0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
- 1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
- 2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
- 3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
- 4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- 5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

- 0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
- 1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- 2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
- 3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
- 4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
- 5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

- 0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
- 1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
- 2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- 3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- 4. Dificilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
- 5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

- 0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
- 1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
- 2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
- 3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- 4. Dificilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- 5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

- 0. No tengo dolores de cabeza.
- 1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
- 2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
- 3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
- 4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
- 5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____