

MDQ FORMULA

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD LUMBAR DE OSWESTRY MODIFICADO

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:

- Yo puedo tolerar el dolor que tengo sin usar medicamento
- El dolor está malo pero puedo tolerarlo sin usar medicamentos
- Medicamento para el dolor me quita el dolor por completo
- Medicamentos para el dolor me quita moderadamente el dolor
- Medicamentos para el dolor me quita un poco el dolor
- Medicamentos para el dolor no me ayuda a mi dolor

2. Cuidado Personal (Lavado, Vestimenta)

- Yo puedo cuidar de mi misma normalmente sin causar más dolor
- Yo puedo cuidar de mi misma normalmente pero aumenta mi dolor
- Es doloroso cuidar de mí mismo y tengo mucho cuidado
- Necesito ayuda pero yo puedo hacer la mayoría de mis cosas personales
- Necesito ayuda todo los días en todos los aspectos de mi cuidado personal
- Yo no me visto, me baño con dificultad y me quedo en mi cama.

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD LUMBAR DE OSWESTRY MODIFICADO

3. Levantamiento:

- Yo puedo levantar pesas sin que me de mas dolor
- Yo puedo levantar pesas pero me causa dolor
- El dolor me previene de levantar pesas del piso pero puedo levantar las si están posicionadas bien
- El dolor me previene de levantar pesas pero puedo levantar pesas livianas si están posicionadas bien
- Solo puedo levantar pesas livianas
- Yo no puedo levantar o cargar nada

4. Caminando:

- El dolor no me previene de caminar cualquier distancia
- Dolor me previene de caminar más de 1 milla
- Dolor me previene de caminar más de 1/2 milla
- Dolor me previene de caminar más de un ¼ milla
- Yo solo puedo caminar con muletas o un bastón
- Yo estoy en cama casi todo el dia y tengo que gatear al bano

5. Sentada:

- Yo me puedo sentar en cualquier sia cuanto yo quiera
- Yo solamente puedo sentarme en mi silla favorita cuanto yo quiera
- El dolor me previene de sentarme más de una hora
- El dolor me previene de sentarme más de treinta minutos
- El dolor me previene de sentarme más de diez minutos
- El dolor me previene de sentarme

6. Parada:

- Yo puedo estar parada cuanto yo quiera sin que tenga dolor
- Yo puedo estar parada cuanto yo quiera pero me da dolor
- El dolor me previene de estar parada por más de una hora
- El dolor me previene de estar parada mas de treinta minutos
- El dolor me previene estar parada mas de diez minutos
- El dolor me previene de estar parada

MDQ FORMULA

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD LUMBAR DE OSWESTRY MODIFICADO

7. Dormir:

- El dolor no me previene de dormir
- Yo puedo dormir bien solo usando medicamento para el dolor
- Cuando tomo el medicamento para el dolor yo duermo menos de seis horas
- Cuando yo tomo medicamento para el dolor yo duermo menos de cuatro horas
- Cuando yo tomo el medicamento para el dolor yo duermo menos de dos horas
- El dolor me previene de dormir

8. Vida Social:

- Mi vida social es normal y no me da mas dolor
- Mi vida social es normal pero me da mas dolor
- El dolor me previene de participar en más actividades energética (deportes, bailando)
- El dolor me previene de salir más seguido
- El dolor me restringe de mi vida social a mi casa
- Yo casi no ha tenido vida social por el dolor

9. Viajando:

- Yo puedo viajar adonde quiera sin causar más dolor
- Yo puedo viajar adonde quiera pero me incrementa el dolor
- Mi dolor me restringe mis viajes de más de dos horas
- Mi dolor me restringe mis viajes de más de una hora
- Mi dolor me restringe mis viajes solo hasta media hora
- Mi dolor me previene todo viajes exentos las visitas del doctor o hospital

10. Empleo/Ama de Casa:

- Mi trabajo normal y actividades no me causan dolor
- Mi trabajo normal y actividades me incrementa el dolor pero todavía puedo hacer todo lo que se requiere
- Yo puedo llevar a cabo casi mis responsabilidades pero del dolor me previene de hacer más actividades física (Levantando, aspirar)
- El dolor me previene de hacer cualquier cosas pero cosas ligeras si
- El dolor me previene de hacer actividades