

QUESTIONARIO DE DESABILIDAD POR DOLOR (PDQ)

Nombre: _____

ID# _____

Fecha: _____

Por Favor, lea:

Este cuestionario solicita información sobre la manera en que interfiere su dolor con sus actividades diarias. Esta información le ayudará a sus proveedores de cuidado de la salud acerca de cómo se siente y cómo bien eres capaz de funcionar.

Por Favor, responda a todas las preguntas marcando una "X" sobre la línea para indicar cuánto le ha afectado su problema de dolor (de no tener ningún problema en absoluto a tener los problemas más severos que pueda imaginar).

ASEGÚRESE DE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

1. ¿Interfiere su dolor con el trabajo normal dentro y fuera de su hogar?

Trabajo normalmente		No puedo trabajar
------------------------	--	----------------------

2. ¿Interfiere su dolor con su cuidado personal (tal como bañarse, vestirse, etc.)?

Me puedo cuidar por si mismo		Necesito ayuda con todo mi cuidado personal
------------------------------------	--	---

3. ¿Interfiere su dolor con los viajes?

Viajo adónde quiero		No puedo viajar
------------------------	--	--------------------

4. ¿Interfiere su dolor con la habilidad de sentarse o pararse?

Ningún problema		No puedo hacerlo
--------------------	--	------------------

5. ¿Interfiere su dolor con su habilidad para levantar objetos sobre su cabeza, para sujetar o alcanzar objetos?

Ningún problema		No puedo hacerlo
--------------------	--	------------------

6. ¿Interfiere su dolor con la habilidad de levantar objetos del piso, agacharse, doblarse o ponerse en cuclillas?

Ningún problema		No puedo hacerlo
--------------------	--	------------------

QUESTIONARIO DE DESABILIDAD POR DOLOR (PDQ)

7. ¿Interfiere su dolor con su habilidad para caminar o correr?

Ningún problema | | | | | No puedo hacerlo

8. ¿Disminuyeron sus ingresos desde que comenzó su dolor?

No disminuyeron | | | | | No tengo ingresos

9. ¿Tiene que tomar analgésicos para controlar el dolor ?

No necesito medicamento para el dolor | | | | | Tomo medicamentos para el dolor durante todo el día

10. ¿El dolor le obliga a visitar medicos con mas frecuencia que antes de que comenzara?

Nunca visito médicos | | | | | Visito medicos cada semana

11. Interfiere su dolor con la habilidad de ver a las personas importantes para usted con la frecuencia que usted desea?

Ningún problema | | | | | Nunca las veo

12. ¿Interfiere su dolor con actividades recreativas y los pasatiempos que son importantes para usted?

Ningún problema | | | | | No puedo hacerlo

13. ¿Necesita ayuda de su familia y amigos para completar sus actividades diarias (incluyendo el trabajo fuera y dentro de su casa)?

Nunca necesito ayuda | | | | | Necesito ayuda continuamente

14. ¿Se siente mas deprimido, tenso o ansioso que antes de que comenzara el dolor?

No depresión/tensión | | | | | Depresión/tensión severa

15. ¿Experimenta problemas emocionales causados por el dolor que interfieren con sus actividades familiares, sociales o laborales?

Ningún problema | | | | | Problemas severos