

OSWESTRY LOW BACK QUESTIONNAIRE

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Examen _____

Favor de Leer:

La intención de este cuestionario es para dar al doctor información en como el dolor de la espalda le esta afectando su habilidad de dirigir su vida. Favor de contestar cada sección y marque solamente una caja que le aplique. Quizás usted considere que mas de una de las declaraciones le aplique, pero favor de marcar solo una caja que describe con exactitud su problema.

Sección 1 – Intensidad del Dolor

- Puedo tolerar el dolor sin medicina.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo sin medicina.
- Medicina me da completamente alivio al dolor.
- Medicina me da moderado alivio al dolor.
- Medicina me da poquito alivio al dolor.
- Medicina no me alivia al dolor, no las tomo.

Sección 2 – Cuidado Personal

- Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.
- Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.
- Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.
- Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Sección 3 – Levantar

- Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición conveniente, e.g., en las mesa.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.
- Puedo levantar solamente cosas ligeras.
- No puedo levantar o cargar nada.

Sección 4 – Andar

- El dolor no me impide caminar.
- El dolor me impide caminar más de una milla.
- El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- Solo puedo caminar usando un palo o muletas.
- Usualmente estoy en la cama y tengo que gatear para ir al baño.

Sección 5 – Sentado

- Puedo sentarme en cualquier asiento.
- Solamente puedo estar sentado en mi propio asiento favorito.
- Dolor me impide estar sentado más de una hora.
- Dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar sentado totalmente.

Sección 6 – Estar de pie

- Puedo estar de pie por mucho tiempo sin causar más dolor.
- Puedo estar de pie por mucho tiempo pero si me causa mas dolor.
- Dolor me impide estar de pie por más de una hora.
- Dolor me impide estar de pie por más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por cualquier tiempo.

Sección 7 – Dormir

- Dolor no me impide dormir.
- Puedo dormir bien solo con medicina.
- Aun con medicina, duermo menos de 6 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 4 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 2 horas.
- Dolor me impide dormir.

Sección 8 – Vida Social

- Mi vida social es normal y no me da más dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- Dolor no afecta significativamente mi vida social aparte de limitar intereses energéticos como el bailar.
- Dolor me ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente.
- Dolor me ha restringido mi vida social en la casa.
- No tengo vida social por causa del dolor.

Sección 9 – Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin causarme más dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio pero si me causa dolor.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo por más de 2 horas.
- Dolor me ha restringido mis viajes no más de una hora...
- Dolor me ha restringido hacer viajes necesarias que sean cortos, no más de 30 minutos.
- Dolor me impide viajar aparte de ir al hospital o ver el doctor.

Sección 10 - Empleo/trabajo doméstico

- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico no causan el dolor.
- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.
- Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de empleo/trabajo doméstico, pero el dolor me impide realizar las actividades más físicamente estresantes como levantar o limpiar con aspiradora.
- El dolor me impide hacer cualquier trabajo con excepción de trabajo ligero.
- El dolor me impide aun hacer trabajo ligero.
- El dolor me impide realizar cualquier tarea de empleo o de trabajo doméstico.