**Indice de Discapacidad del Cuello**

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a comprender mejor cómo su dolor de cuello afecta su capacidad para manejar las actividades de la vida cotidiana. Marque la caja de la declaración en cada sección que se aplica a usted. Aunque puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, marque la caja que describe más de cerca su situación actual. Gracias

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_PUNTUACIÓN:\_\_\_\_

 ¿Cuál es tu dolor AHORA MISMO? (Marcar con una X) ¿Cuál es su dolor en su peor momento? (Marca con una O)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Peor dolor posible)

***Por favor, marque una caja en cada sección***

**Sección 1: Intensidad del dolor**

🞎 0 No tengo dolor en este momento.

🞎 1 El dolor es muy leve en este momento.

🞎 2 El dolor es moderado en este momento.

🞎 3 El dolor es bastante severo en este momento.

🞎 4 El dolor es muy intenso en este momento.

🞎 5 El dolor es el peor imaginable en este momento.

**Sección 2: Cuidado personal (bañar, vestirse, etc.)**

🞎 0 Puedo cuidarme normalmente sin causar

mas dolor.

🞎 1 Puedo cuidarme normalmente, pero causa dolor adicional.

🞎 2 Es doloroso cuidarme y soy lento y cuidadoso.

🞎 3 Necesito ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal.

🞎 4 Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado.

🞎 5 No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

**Sección 3: Elevación**

🞎 0 Puedo levantar objectos pesadas sin causar mas dolor.

🞎 1 Puedo levantar objectos pesadas, pero me da mas dolor.

🞎 2 El dolor me impide levantar objectos pesados del suelo , pero puedo manejarlos si están convenientemente colocados.

🞎 3 El dolor me impide levantar objectos pesadas, pero puedo manejar objectos ligeros a medios si están convenientemente colocados .

🞎 4 Solo puedo levantar objectos muy ligeras.

🞎 5 No puedo levantar ni cargar nada.

**Sección 4: Lectura**

🞎 0 Puedo leer todo lo que quiera sin dolor en el cuello.

🞎 1 Puedo leer todo lo que quiera con un ligero dolor en el cuello.

🞎 2 Puedo leer todo lo que quiera con dolor de cuello moderado.

🞎 3 No puedo leer tanto como quiero para moderar el dolor de cuello.

🞎 4 Apenas puedo leer debido a un dolor intenso en el cuello.

🞎 5 No puedo leer en absoluto hacer al dolor.

**Sección 5: Dolores de cabeza**

🞎 0 No tengo dolores de cabeza en absoluto.

🞎 1 Tengo dolores de cabeza leves que vienen con poca frecuencia.

🞎 2 Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia.

🞎 3 Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.

🞎 4 Tengo dolores de cabeza severos que vienen con frecuencia.

🞎 5 Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

**Sección 6: Concentración**

🞎 0 Puedo concentrarme completamente sin dificultad.

🞎 1 Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.

🞎 2 Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme.

🞎 3 Tengo mucha dificultad para concentrarme.

🞎 4 Tengo muchas dificultades para concentrarme.

🞎 5 No puedo concentrarme en absoluto.

**Sección 7: Trabajo**

🞎 0 Puedo hacer todo el trabajo que quiera.

🞎 1 Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.

🞎 2 Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.

🞎 3 No puedo hacer mi trabajo habitual.

🞎 4 Apenas puedo hacer ningún trabajo.

🞎 5 No puedo hacer ningún trabajo en absoluto.

**Sección 8: Conducción**

🞎 0 Puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello.

🞎 1 Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera con un ligero dolor de cuello.

🞎 2 Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera con dolor de cuello moderado.

🞎 3 No puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera debido a un dolor de cuello moderado.

🞎 4 Apenas puedo conducir debido a un fuerte dolor en el cuello.

🞎 5 No puedo conducir mi coche en absoluto.

**Sección 9: Dormir**

🞎 0 No tengo problemas para dormir.

🞎 1 Mi sueño está ligeramente perturbado (<1 hora sin dormir)

🞎 2 Mi sueño está ligeramente perturbado (1-2 horas sin dormir)

🞎 3 Mi sueño está moderadamente perturbado (2-3 horas sin dormir)

🞎 4 Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas sin dormir)

🞎 5 Mi sueño esta perturbado completo (5-7 horas sin dormir)

**Sección 10: Recreación**

🞎 0 Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello en absoluto.

🞎 1 Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas, con algo de dolor en el cuello.

🞎 2 Puedo participar en la mayoría, pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor en el cuello.

🞎 3 Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas debido al dolor en el cuello.

🞎 4 Apenas puedo hacer actividades recreativas debido al dolor en el cuello.

🞎 5 No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto