

QuickDASH *Initial*

Patient name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Por favor puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. para ello marque con un circulo el número apropiado para cada respuesta.

**Estima por favor su nivel de dolor con actividad:****Sin dolor = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Muy severo**

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	MUCHA DIFICULTAD	IMPOSIBLE DE REALIZAR
Abrir un taro nuevo o apretado	1	2	3	4	5
Hacer quehaceros domesticos pesados (i.e. fregar el piso, limpiar paredes, etc.)	1	2	3	4	5
Cargar una bolsa del supermercado o un maletin	1	2	3	4	5
Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
Actividades recreativas que requieren tomar alguna esfuerzo o impacto para su brazo, hombre o mano (i.e. golf, martillar, tnis o a la petanca	1	2	3	4	5
	NO PARA NADA	UN POCO	MODERADO	BASTANTE	MUCHO
Durante la ultima semana, su problema en el hombre, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con tu familia, sus amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5
	NO PARA NADA	UN POCO	MODERADO	BASTANTE LIMITADO	IMPOSIBLE DE REALIZAR
Durante la ultima semana, ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividdes dianas debido a su problema en el brazo, hombre or mano?	1	2	3	4	5
<b>Por favor ponga puntuacion a la gravedad o severidad de los siguientes sintomas</b>	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Dolor en el brazo, hombre o mano.	1	2	3	4	5
Sensacion de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombre o mano.	1	2	3	4	5
	NO	LEVE	MODERADO	GRAVE	DIFICULTAD EXTREMA QU ME IMPEDIA DORMIR
Durante la ultima semana, cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombre o mano?	1	2	3	4	5