

CUESTIONARIO COM

© Fundación Kovacs. La utilización de la versión española del Core Outcome Measure cervical es libre para su uso clínico. No obstante, debe indicar que su copyright pertenece a la Fundación Kovacs y para cualquier otro fin debe citar la referencia de su publicación

Esta sección da una idea general de cuánto le afecta el dolor del cuello. Por favor, indique la respuesta que refleja mejor su situación y escoja una sola respuesta por pregunta.

1) Durante la semana pasada, ¿cuánto le han molestado cada uno de los siguientes síntomas?

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
a. Dolor en el cuello	1	2	3	4	5
b. Dolor en el hombro o brazo	1	2	3	4	5

2) Durante la semana pasada, ¿cuánto interfirió el dolor del cuello en su trabajo normal (incluyendo tanto la actividad laboral como la doméstica)? Marque sólo una casilla.

Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Si tuviera que pasar el resto de su vida con los síntomas que tiene ahora mismo, ¿como se sentiría? Marque sólo una casilla

Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Un poco satisfecho	Muy satisfecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Durante el último mes, ¿cuántos días redujo su actividad normal, durante más de medio día, a causa del dolor de cuello?

Ninguno	Entre 1 y 7 días	Entre 8 y 14 días	Entre 15 y 21 días	22 o más días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Durante el último mes, ¿cuántos días dejó de ir a trabajar –o a clase- a causa del dolor de cuello?

Ninguno	Entre 1 y 7 días	Entre 8 y 14 días	Entre 15 y 21 días	22 o más días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) ¿Cuán satisfecho está del conjunto de la asistencia médica que ha recibido por su dolor de cuello? Marque sólo una casilla.

Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Un poco satisfecho	Muy satisfecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>