

SHOULDER PAIN AND DISABILITY INDEX (SPADI) SPANISH VERSION

ESCALA DE DOLOR Y DISCAPACIDAD DE HOMBRO

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Por favor, léalo con atención:

Instrucciones: Por favor, rodeé con un círculo el número que mejor describa la respuesta a la pregunta que se le formula.

Escala de Dolor:

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

¿Cómo de severo es su dolor?

1. Su peor dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Cuando está tumbado/a sobre el lado afecto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Cuando coge algo de un estante alto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Cuando se toca la zona posterior del cuello

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Cuando empuja con el brazo afecto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala de Discapacidad:

Sin dificultad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tan difícil que necesita ayuda

¿Cuánta dificultad tiene usted?

1. Cuando se lava el pelo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Cuando se lava la espalda

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Cuando se pone una camiseta o jersey
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Cuando se pone una camisa abotonada por delante
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Cuando se pone unos pantalones
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Cuando coloca un objeto en un estante alto
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Cuando lleva un objeto pesado de 4 kilos y medio
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Cuando coge algo de su bolsillo trasero
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OTROS COMENTARIOS:

Evaluator: _____
