

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

- ① No tengo dolor en este momento.
- ② El dolor es muy suave en este momento.
- ③ El dolor va y viene y es moderado.
- ④ El dolor es severo en este momento.
- ⑤ El dolor es muy severo en este momento.
- ⑥ El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

- ① No tengo ningún problema durmiendo.
- ② Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
- ③ Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
- ④ Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
- ⑤ Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
- ⑥ Mi sueño esta completamente alterado (desvelado por 5-7 horas).

Lectura

- ① Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
- ② Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
- ③ Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- ④ No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- ⑤ Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
- ⑥ No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

- ① Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- ② Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
- ③ Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
- ④ Tengo mucha dificultad al concentrarme.
- ⑤ Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
- ⑥ No puedo concentrarme.

Trabajo

- ① Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
- ② Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
- ③ Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
- ④ No puedo hacer mi trabajo habitual.
- ⑤ Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
- ⑥ No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

- ① Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
- ② Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
- ③ El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
- ④ Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
- ⑤ Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- ⑥ No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

- ① Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
- ② Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
- ③ El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
- ④ El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
- ⑤ No puedo levantar o cargar alguna cosa.
- ⑥

Al Conducir

- ① Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
- ② Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
- ③ Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
- ④ No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- ⑤ Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
- ⑥ No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

- ① Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
- ② Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
- ③ Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
- ④ Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- ⑤ Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
- ⑥ No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

- ① No tengo dolores de cabeza.
- ② Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
- ③ Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
- ④ Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
- ⑤ Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
- ⑥ Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____