

## FOTO Patient Intake Survey Arm / Hand

<i>Staff to Complete</i>	
PATIENT NAME: _____	Patient ID: _____
Gender: Male / Female    Date of Birth: ____/____/____	Clinician: _____
Body Part _____ Impairment _____	Care Type _____
Payer Source _____	Date of Survey: ____/____/____

Estamos interesados en cómo se siente Ud. Y con qué habilidad puede hacer sus actividades usuales. Esta información nos podrá ser útil para poder recomendar el mejor tratamiento. Por favor conteste cada pregunta basado en su habilidad, sin importar como puede realizar la actividad. Si Ud. No ha realizado la actividad recientemente, por favor elija la respuesta más exacta.

Debido a su problema en el brazo o mano, ¿ está usted teniendo alguna dificultad para:	No puedo hacerlo	Mucha dificultad	Dificultad moderada	Poca dificultad	Sin dificultad
1. Ponerse un suéter por encima de la cabeza?					
2. Darle la vuelta a una llave?					
3. Cargar una maleta pequeña?					
4. Lavarse la espalda?					
5. Cargar una bolsa de comestibles o un portafolio?					
6. Realizar trabajos pesados en casa (ej.: lavar paredes o suelos)?					
7. Hacer la lavandería (ej.: lavar, planchar o doblar la ropa)?					
8. Abotonarse?					
9. Abrir la tapa de un taro nuevo o apretado?					
10. Abrir puertas?					

11. Indique cuantas veces ha tenido cirugía para su dolencia principal.       Ninguno     1     2     3     4+
12. ¿Hace cuantos días que comenzó su dolencia?       0-7 días     8-14     15-21     22-90     91 días a 6 meses     Más de 6 meses
13. ¿Está tomando medicinas con prescripción para su dolencia?       Sí     No
14. ¿Alguna vez antes ha recibido tratamiento para esta condición?       Sí     No

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient ID \_\_\_\_\_

15. ¿Con que frecuencia ha terminado por lo menos 20 minutos de ejercicios, tales como trotar, ir en bicicleta o caminar rápidamente antes que se manifieste su dolencia?

Por lo menos tres veces por semana     Una o dos veces por semana     Rara vez o nunca

16. Su tratamiento puede verse afectado por otros problemas de salud. Marque (✓) por favor los problemas que le afecten a usted:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Enfermedades visuales (tales como cataratas, glaucoma, degeneración macular)               |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis   | <input type="checkbox"/> Problemas de audición (sordera profunda, aun con aparatos auditivos)                       |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda (dolor al cuello, a la parte baja de la espalda, enfermedad degenerativa) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), síndrome de dificultad respiratoria adquirida (ARDS), o enfisema | <input type="checkbox"/> Riñones, vejiga, próstata, o problemas para orinar   |
| <input type="checkbox"/> Angina   | <input type="checkbox"/> Accidentes previos   |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva (o Enfermedad al corazón)  | <input type="checkbox"/> Alergias   |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (Infarto del miocardio)  | <input type="checkbox"/> Incontinencia  |
| <input type="checkbox"/> Presión alta   | <input type="checkbox"/> Ansiedad o Trastorno de pánico   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica (como Esclerosis Múltiple o Enfermedad de Parkinson)                                      | <input type="checkbox"/> Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Infarto o Accidente Isquémico Transitorio (TIA)  | <input type="checkbox"/> Otros desordenes   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférico (o Claudicación)  | <input type="checkbox"/> Hepatitis / SIDA   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> Cirugía previa   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I y Tipo II  | <input type="checkbox"/> Prótesis / Implante  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal (ulcera, hernia, reflujo, intestino, hígado, vesícula biliar)                        | <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño   |
|   | <input type="checkbox"/> Cáncer   |

17. ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas      ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ Libras

18. No debo realizar actividades físicas que (pudieran empeorar) empeoran mi dolor.

0	1	2	3	4	5	6
▼			▼			▼
Totalmente en desacuerdo			Inseguro			Complemente de acuerdo

# EL CUESTIONARIO DASH

## Español (Puerto Rico)

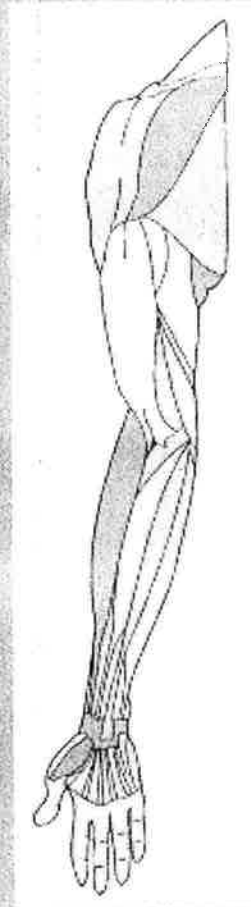
### Instrucciones

Este cuestionario contiene preguntas acerca de sus síntomas y de su capacidad para llevar a cabo ciertas actividades.

Por favor, conteste todas las preguntas haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe su condición durante la última semana.

Si durante la semana pasada no pudo llevar a cabo alguna de las actividades mencionadas en el cuestionario, escoja la respuesta que mejor describa su situación si hubiese podido hacer dicha actividad.

Conteste si fue capaz de realizar la actividad, sin importar con qué mano o brazo lo hizo ni cómo lo hizo.



© Institute for Work & Health (IWH) 2003. All rights reserved.

Spanish (for Puerto Rico) translation courtesy of Ana L. Mulero Portela, PhD, PT, Carmen L. Colón Santaella, PhD, PT, and Cynthia Cruz Gómez, MPH, PT, University of Puerto Rico, Medic

## CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Haga un círculo alrededor del número que mejor indica su capacidad para llevar a cabo las siguientes actividades durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
1. Abrir un pote que tenga la tapa apretada, dándole vueltas	1	2	3	4	5
2. Escribir a mano	1	2	3	4	5
3. Hacer girar una llave dentro de la cerradura	1	2	3	4	5
4. Preparar una comida	1	2	3	4	5
5. Abrir una puerta pesada empujándola	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en una tablilla que está más arriba de su estatura	1	2	3	4	5
7. Realizar los quehaceres del hogar más fuertes (por ejemplo, lavar ventanas, mapear)	1	2	3	4	5
8. Hacer el patio o cuidar las matas	1	2	3	4	5
9. Hacer la cama	1	2	3	4	5
10. Cargar una bolsa de compra o un maletín	1	2	3	4	5
11. Cargar un objeto pesado (de más de 10 libras)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla que está más arriba de su estatura	1	2	3	4	5
13. Lavarse el pelo o secárselo con un secador de mano ( <i>blower</i> )	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse una camiseta o un suéter por la cabeza	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. Realizar actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (por ejemplo, jugar a las cartas, tejer, etc.)	1	2	3	4	5
18. Realizar actividades recreativas en las que se recibe impacto en el brazo, hombro o mano (por ejemplo, batear, jugar al golf, al tenis, etc.)	1	2	3	4	5
19. Realizar actividades recreativas en las que mueve el brazo libremente (lanzar un frisbee o una pelota, etc.)	1	2	3	4	5
20. Poder moverse en transporte público o en su propio auto (tomar guagua, taxi, guiar su carro, etc.)	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

Haga un círculo alrededor del número correspondiente:

	En lo absoluto	Poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
22. ¿Hasta qué punto el problema del brazo, hombro o mano dificultó las actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos durante la semana pasada?	1	2	3	4	5

	En lo absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
23. ¿Tuvo que limitar su trabajo u otras actividades diarias a causa del problema del brazo, hombro o mano durante la semana pasada?	1	2	3	4	5

Por favor, evalúe la intensidad de los siguientes síntomas durante la semana pasada:

	Ninguna	Poca	Moderada	Mucha	Muchísima
24. Dolor de brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor de brazo, hombro o mano al realizar una actividad específica	1	2	3	4	5
26. Hormigueo en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5

Haga un círculo alrededor del número correspondiente:

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
29. ¿Cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor de brazo, hombro o mano durante la semana pasada?	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
30. Me siento menos capaz, menos útil o con menos confianza en mí debido al problema del brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO DASH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DEL HOMBRO, CODO Y MANO

### Trabajo/Ocupación (Opcional)

Con las siguientes preguntas se intenta determinar las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluidos los quehaceres del hogar de ser ésta su ocupación principal).

Indique cuál es su trabajo/ocupación: \_\_\_\_\_

No trabajo. (Pase a la sección siguiente.)

Por favor, haga un círculo alrededor del número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
1. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas de su trabajo como normalmente las hace?	1	2	3	4	5
2. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas propias de su trabajo a causa del dolor de brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. ¿Se le hizo difícil hacer su trabajo tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. ¿Se le hizo difícil realizar su trabajo en el tiempo en que generalmente lo hace?	1	2	3	4	5

### Atletas de Alto Rendimiento/Músicos (Opcional)

Las siguientes preguntas se relacionan con las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano al practicar un deporte, tocar un instrumento musical (o ambas cosas). Si practica más de un deporte o toca más de un instrumento musical (o ambas cosas), conteste tomando en consideración la actividad que sea más importante para usted.

Indique el deporte que practica o el instrumento musical que toca que sea más importante para usted:  
\_\_\_\_\_

No practico ningún deporte ni toco ningún instrumento musical. (Puede pasar por alto esta sección.)

Por favor, haga un círculo alrededor del número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapaz
1. ¿Tuvo dificultad al utilizar la técnica habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?	1	2	3	4	5
2. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical a causa del dolor de brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. ¿Tuvo dificultad para dedicarle la cantidad de tiempo habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?	1	2	3	4	5

### **Puntuación de discapacidad/síntoma**

La puntuación del DASH tiene dos componentes: las preguntas de discapacidad/síntomas (30 preguntas, puntuación del 1-5) y las secciones opcionales de trabajo/ocupación y de atletas de alto rendimiento/músicos (4 preguntas, puntuación del 1-5).

Para poder calcular la puntuación de discapacidad/síntomas hay que completar al menos 27 de las 30 preguntas.

Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se halla el promedio, obteniendo así una puntuación del uno al cinco. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

**Puntuación de DASH de discapacidad/síntoma =**

$$\left[ \frac{\text{suma de n respuestas}}{n} \right] - 1 \times 25;$$

donde n es igual al número de las respuestas completadas.

### **Secciones opcionales (trabajo/ocupación y atletas de alto rendimiento/músicos)**

Cada sección opcional consta de cuatro preguntas que las personas pueden contestar según la naturaleza de las mismas. La finalidad de las secciones opcionales es identificar las dificultades específicas que pueden presentar los atletas de alto rendimiento/músicos u otro grupo de trabajadores/profesionales pero que no necesariamente afectan a sus actividades cotidianas y por consiguiente pueden pasar desapercibidas en la sección de las 30 preguntas del DASH.

Para calcular la puntuación de la sección de 4 preguntas, se sigue el procedimiento descrito anteriormente. Para poder calcular la puntuación hay que contestar las cuatro preguntas. Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se divide entre cuatro. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25.

### **Preguntas sin contestar**

Si la persona deja sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas (es decir, más de 3 preguntas), no se podrá calcular la puntuación DASH de discapacidad/síntoma. Siguiendo esta misma regla (es decir, no se pueden dejar sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas), no es aceptable que se dejen preguntas sin contestar en las secciones opcionales de trabajo/ocupación y de atletas de alto rendimiento/músicos, porque cada sección consta solamente de 4 preguntas.