

CUESTIONARIO DOLOR EN HOMBRO

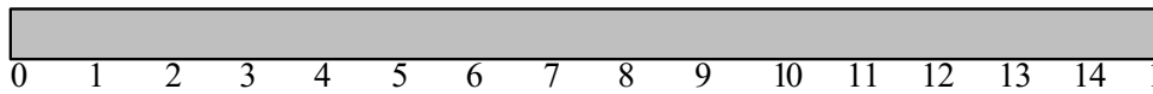
A. DOLOR

1. ¿Cuánto Dolor tiene en el hombro en sus actividades de la vida diaria?

Sin dolor Leve Moderado Severo

2. Si **0** significa no tener dolor y **15** el mayor dolor que pueda sentir marque con un círculo sobre el nivel de dolor de su hombro

Nivel de dolor:



B. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1. ¿Está limitada su vida diaria por el hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

2. ¿Esta limitada tu actividad deportiva por tu hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

3. ¿Te despiertas por el dolor del hombro?

No A veces Si

4. ¿Hasta que altura puedes elevar tu brazo para coger un objeto?

Cintura Pecho Cuello Cabeza Sobre la cabeza