

Herramienta de Detección STarT Back Screening Tool

Paciente: _____ Fecha: _____

Pensando en las últimas dos semanas marque su respuesta para las siguientes preguntas:

	Desacuerdo	Acuerdo
	0	1
1 Mi dolor de espalda se ha extendido a lo largo de mi (s) pierna(s) en alguna ocasión en las últimas dos semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Me ha dolido el hombro o cuello en alguna ocasión en las dos últimas semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Solo he caminado distancias cortas debido a mi dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 En las dos últimas semanas, me he vestido más lentamente de lo normal por mi dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 No es realmente seguro para una persona con un dolor como el mío ser físicamente activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Me he preocupado mucho por mi dolor de espalda en las dos últimas semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Yo siento que mi dolor de espalda es terrible y que nunca mejorará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 En general, no he disfrutado de las cosas que habitualmente me gustan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. En general, ¿Qué tan molesto ha sido su dolor de espalda en las dos últimas semanas?

Nada	Levemente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
<input type="checkbox"/>				
0	0	0	1	1

Total (9): _____

Sub Score (5-9): _____

The STarT Back Screening Tool Sistema de Categorización

