

The STarT Back Screening Tool

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Piense en las últimas 2 semanas y marque su respuesta a las siguientes preguntas:

	Desacuerdo 0	De Acuerdo 1
1 Mi dolor de espalda se ha extendido a lo largo de mi 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 últimas dos semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 En las últimas dos semanas, solo he caminado distancias cortas por mi dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 En las últimas dos semanas, me he vestido más lentamente de lo normal por mi dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 No es seguro ser físicamente activo con mi dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Me he preocupado mucho por mi dolor de espalda en las últimas dos semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Noto que mi dolor de espalda es terrible y que nunca ira a mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 En general en las dos últimas semanas, no he disfrutado de las cosas lo que habitualmente disfruto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 En general, como le ha molestado su espalda en las últimas dos semanas

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

Puntuación total (9): _____

Puntuación Psico (Q5,6,7,8,9): _____

IN OFFICE USE ONLY:

Time In: _____ Time Out: _____

Eval Time: _____ Goal Activity: _____ # of Visits: _____ Classification _____

Condition to Treat After DC _____ Outcome Score: _____ Pain: _____

©Keele University

Traducido por Narcis Gusi, la Universidad de Extremadura, Caceres. Abril 2009