

# 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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