

Índice de Calificación Funcional

Cuestionario de dolor e interferencia funcional para evaluar cómo el dolor afecta las actividades diarias

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Instrucciones

Índice de Calificación Funcional

Por favor, califica cuánto tu dolor interfiere con las siguientes actividades diarias. Selecciona la opción que mejor describe tu nivel funcional actual para cada actividad.

Intensidad del Dolor

Califica tu intensidad general de dolor *

- ☐ Sin dolor
- ☐ Leve — ocasional, no requiere medicación
- ☐ Moderado — frecuente, requiere medicación ocasional
- ☐ Severo — frecuente, requiere medicación regular
- ☐ Muy severo — constante, la medicación proporciona alivio limitado

Sueño

¿Cuánto interfiere el dolor con tu sueño? *

- ☐ Sin dificultad para dormir
- ☐ Ligera dificultad, ocasionalmente pierdo sueño
- ☐ Dificultad moderada, el sueño se ve frecuentemente interrumpido
- ☐ Gran dificultad, duermo menos de 4 horas por noche
- ☐ Incapaz de dormir en absoluto debido al dolor

Cuidado Personal

¿Cuánto interfiere el dolor con el cuidado personal (lavarse, vestirse)? *

- ☐ Sin dificultad con el cuidado personal
- ☐ Ligera dificultad, puedo manejarme independientemente
- ☐ Dificultad moderada, lento y cuidadoso con las tareas
- ☐ Necesito ayuda con el cuidado diario
- ☐ Completamente dependiente de otros para el cuidado personal

Viajes y Transporte

¿Cuánto interfiere el dolor con los viajes (conducir, viajar)? *

- ☐ Sin dificultad con los viajes
- ☐ Ligera incomodidad durante viajes más largos
- ☐ Dificultad moderada, limita los viajes a distancias más cortas
- ☐ Solo puedo viajar distancias cortas con dolor significativo
- ☐ Incapaz de viajar debido al dolor

Trabajo y Actividades Diarias

¿Cuánto interfiere el dolor con tu trabajo o actividades diarias? *

- ☐ Sin interferencia con el trabajo/actividades
- ☐ Puedo hacer mi trabajo habitual con algo de dolor extra
- ☐ Puedo hacer la mayoría del trabajo, pero limitado en tareas más pesadas
- ☐ Solo puedo realizar tareas ligeras
- ☐ Incapaz de trabajar o realizar actividades diarias

Recreación y Actividades Sociales

¿Cuánto interfiere el dolor con la recreación y actividades sociales? *

- ☐ Sin interferencia
- ☐ Ligera limitación en actividades más enérgicas
- ☐ Limitación moderada, puedo hacer algunas actividades
- ☐ Limitación severa, muy pocas actividades posibles
- ☐ Incapaz de participar en ninguna actividad recreativa

Levantamiento y Flexión

¿Cuánto interfiere el dolor con levantar o flexionar? *

- ☐ Puedo levantar y flexionar sin dolor extra
- ☐ Puedo levantar y flexionar con algo de dolor extra
- ☐ El dolor impide levantar objetos pesados del suelo
- ☐ El dolor impide levantar cualquier cosa excepto objetos ligeros
- ☐ Incapaz de levantar o flexionar en absoluto

Comentarios Adicionales

¿Hay algo más que te gustaría que tu proveedor supiera sobre cómo el dolor afecta tu vida diaria?

Consentimiento y Firma

Confirmando que las respuestas anteriores reflejan con precisión mis niveles de dolor actuales y limitaciones funcionales.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.