



MIL

Nombre: _____

Fecha: _____

Todas estas preguntas son pensando en el dolor que siente ahora en la espalda.
Marque las que sean afirmativas

<input type="checkbox"/>	1. ¿Ha sentido dolor al despertarse por la mañana?
<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha sentido dolor intermitente durante el día?
<input type="checkbox"/>	3. ¿Ha sentido dolor al final del día?
<input type="checkbox"/>	4. ¿Siente dolor al elevar la pierna recta?
<input type="checkbox"/>	5. ¿Le despierta el dolor?
<input type="checkbox"/>	6. ¿Le duele al estar sentado durante un tiempo?
<input type="checkbox"/>	7. ¿Le duele al estar de pie durante un tiempo?
<input type="checkbox"/>	8. ¿Le duele al levantarse?
<input type="checkbox"/>	9. ¿Le duele al inclinarse un poco hacia delante?
<input type="checkbox"/>	10. ¿Tiene dolor abrasador?
<input type="checkbox"/>	11. ¿Tiene dolor pesado?
<input type="checkbox"/>	12. ¿Tiene dolor punzante?
<input type="checkbox"/>	13. ¿Tiene dolor constante?
<input type="checkbox"/>	14. ¿Tiene dolor a la flexión del tronco?
<input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene dolor a la extensión del tronco?
<input type="checkbox"/>	16. ¿Tiene dolor a la flexión del lateral del tronco?
<input type="checkbox"/>	17. ¿Tiene dolor a la palpación de los músculos?
<input type="checkbox"/>	18. ¿Tiene dolor a la palpación de las apófisis espinosas?
<input type="checkbox"/>	19. ¿Tiene rigidez después de descansar? (incluso estando sentado)
<input type="checkbox"/>	20. ¿Tiene dolor por la mañana y por la tarde?
<input type="checkbox"/>	21. ¿Es doloroso hacer una sentadilla?
<input type="checkbox"/>	22. ¿Tiene dolor al conducir distancias largas?
<input type="checkbox"/>	23. ¿Tiene dolor al caminar más de 50 metros?
<input type="checkbox"/>	24. ¿Tiene dolor al correr?
<input type="checkbox"/>	25. ¿Tiene dolor a la flexión repetida?
<input type="checkbox"/>	26. ¿Tiene dolor al levantarse de la silla?
<input type="checkbox"/>	27. ¿Tiene dolor al toser o estornudar?