

Herramienta de Evaluación de la Espalda STarT

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Piense en las **últimas 2 semanas** para marcar su respuesta a las siguientes preguntas:

		No 0	Sí 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 dos últimas 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 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 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 dos últimas semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Noto que mi dolor de espalda es terrible y que nunca irá a mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En general en las últimas dos 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 dos últimas semanas?

Para nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Total score (all 9): _____ **Sub Score (Q5-9):** _____

The STarT Back Tool Scoring System

