



## Discapacidades de Brazo, Hombro, y Mano

Por favor puntúe su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Mucha Dificultad	Imposible de Realizar
1 Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2 Escribir	1	2	3	4	5
3 Girar una llave	1	2	3	4	5
4 Preparar la comida	1	2	3	4	5
5 Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6 Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7 Realizar tareas duras de la casa (p ej. lavar el piso, lavar paredes, etc)	1	2	3	4	5
8 Arreglar el jardín	1	2	3	4	5
9 Hacer la cama	1	2	3	4	5
10 Cargar una bolsa del supermercado o un maletín	1	2	3	4	5
11 Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12 Cambiar una bombita del techo o situado más alta que su cabeza	1	2	3	4	5
13 Lavarse o secarse el pelo	1	2	3	4	5
14 Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15 Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16 Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
17 Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (p ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc)	1	2	3	4	5
18 Actividades recreativas que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p ej. jugar al golf o al tenis, usar un martillo, etc)	1	2	3	4	5
19 Actividades recreativas en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee", badminton, nadar, etc)	1	2	3	4	5
20 Arreglárselas con el transporte (ir de un lugar a otro)	1	2	3	4	5
21 Actividad sexual	1	2	3	4	5

		No Para Nada	Un Poco	Moderamente	Bastante	Mucho
22	Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5

		No Para Nada	Un Poco	Moderamente	Bastante Limitado	Imposible de Realizar
23	Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga un puntaje a la gravedad o intensidad de los siguientes síntomas.

		Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Muy Grave
24	Dolor en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
25	Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica.	1	2	3	4	5
26	Sensación de calambres (hormigueos y alfiler azos) en su brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
27	Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
28	Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

		No	Leve	Moderada	Grave	Dificultad Extrema que me Impedía Dormir
29	Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

		Totalmente Falso	Falso	No Lo Sé	Cierto	Totalmente Cierto
30	Me siento menos capaz, confiado/a o útil debido a mi problema en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

**DASH DISABILITY/SYMPATOM SCORE** = \_\_\_\_\_  $((\text{sum of } n \text{ responses} / n) - 1) \times 25$ , where n is the number of completed responses.)

**A DASH score may not be calculated if there are greater than 3 missing items.**

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Back Index Score \_\_\_\_\_