

CUESTIONARIO DE INCAPACIDAD DE LATIGAZO

WHIPLASH DISABILITY QUESTIONNAIRE

Este cuestionario ha sido diseñado para proporcionar información sobre el impacto que su lesión y síntomas de latigazo cervical tienen sobre su estilo de vida. Por favor circule el número en cada sección para indicar cómo se ha visto afectado por la lesión de latigazo cervical y los síntomas. Si una o más preguntas no son relevantes para usted, deje esa sección en blanco.

Nombre _____

1. Cuanto dolor tiene hoy?

How much **pain** do you have today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
No dolor **Peor dolor**
imaginable

2. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical a su cuidado personal (lavado, vestirse, etc.)?**
How much do your whiplash symptoms Interfere with your **personal care** (washing, dressing, etc)??

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **Incapaz de**
realizar

3. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical a sus tareas de trabajo / hogar / estudio?**
How much do your whiplash symptoms interfere with your **work/home/study duties**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **Incapaz de**
realizar

4. **Cuánto han afectado sus síntomas de latigazo cervical por conducir o usar el transporte público?**
How much have your whiplash symptoms interfered with **driving or using public transport**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **No poder**
conducir

5. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical al sueño?**
How much do your whiplash symptoms interfere with **sleep**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **No poder**
dormir

6. **Con qué frecuencia experimenta cansancio / fatiga como resultado de sus lesiones / síntomas de latigazo cervical?**
How often do you experience **tiredness/fatigue** as a result of your whiplash injury/symptoms?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada
Siempre

7. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical a la actividad social?**
How much do your whiplash symptoms interfere with **social activity**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **Incapaz de**
socializar

8. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical a la actividad deportiva?**
How much do your whiplash symptoms interfere with **sporting activity**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **Incapaz de**
participar

9. **Cuánto afectan sus síntomas de latigazo cervical a la actividad de ocio no deportiva?**
How much do your whiplash symptoms interfere with **non-sporting leisure activity**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada **Incapaz de**
participar

10. **Cuántas veces frecuentemente experiencia tristes/depression de resultado de latigazo en su accidente/symptomas.** How often do you experience **sadness/depression** as a result of your whiplash injury/symptoms?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
Para nada
Siempre

11. **Cuántas veces frecuentemente experiencia enojamiento en resultado de latigazo de accidente/symptomas?** How often do you experience **anger** as a result of your whiplash injury/symptoms?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
Para nada
Siempre

12. **Cuántas veces frecuentemente experiencia ansiedad en resultado de latigazo accidente/symptomas?** How often do you experience anxiety as a result of your whiplash injury/symptoms?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para nada
Siempre

13. **Cuánta dificultad tiene en concentrandoce en resultado de latigazo en el accidente/symptomas?** How much difficulty do you have **concentrating** as a result of your whiplash injury/symptoms?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
No dificultad

14. **Su condicion a cambiado en este mes pasado desde el accidente?**
How has your condition **changed** over the past month?

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Peor **No Cambio** **Mucho Mejor**