

CUESTIONARIO DELPHI DOLBaPP (Formulario O5)

**1- En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted dolor en la zona lumbar ?
*Por favor, no se refiera al dolor causado por fiebre o por la menstruación.***

Si

No

**2- Si ha contestado “sí”, ¿el dolor fue lo suficientemente intenso como para
limitar sus actividades habituales o cambiar su rutina diaria durante más
de un día?**

Si

No

3- En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor que bajara por la pierna?

Si

No

4- Si ha contestado “sí”, ¿ese dolor llegó hasta más abajo de la rodilla?

Si

No

© Université Laval, 2010

Clermont Dionne, URESP

© Francisco M. Kovacs, Mario Gestoso, Nicole Mufraggi, Margarita Martín, Domingo Carretero, Modesto Ferrer
y Mariví Pérez de la Rosa, para la versión española (España).