

CUESTIONARIO DELPHI DOLBaPP (Formulario O7)

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

5- Si en las últimas cuatro semanas ha tenido dolor en la zona lumbar, ¿con qué frecuencia lo ha tenido?

Algunos días La mayoría de los días Cada día

6- Si ha tenido dolor en la zona lumbar en algún momento de las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha transcurrido desde que pasó todo un mes sin sentir ningún dolor en la zona lumbar? (Por favor, escoja sólo una respuesta.)

Menos de tres meses
3 meses o más, pero menos de 7
7 meses o más, pero menos de 3 años
3 años o más

