

SPANISH VERSION
WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM BPI: Brief Pain Inventory Short Form

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |_|-|_|_|-|_|_|_|_|-|_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #: |_|_|
- A3. FORM VERSION: **10/17/12**
- A4. DATE OF INTERVIEW: |_|_|/|_|_|/|_|_|
M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |_|_|_|
- A6. TIME MODULE BEGAN: |_|_|:|_|_| AM..... 1
PM..... 2

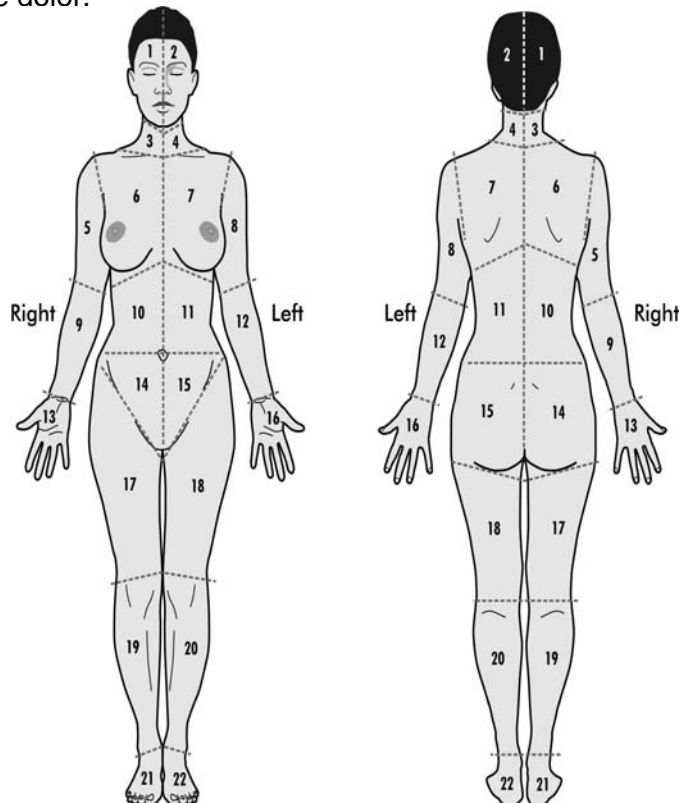
B1. A lo largo de nuestra vida, la mayoría de nosotros ha tenido dolor de vez en cuando (como Dolores de cabeza menores, esguinces y dolores de muelas). ¿Alguna vez ha tenido un dolor **distinto de** estas clases comunes de dolores **la semana pasada**?

- YES 1
NO 2 (B10)

B2. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD BPI1.**
Del diagrama, enumere las zonas donde siente dolor.

START BPIs1

	<u>SITE</u>	<u>FRONT</u>	<u>BACK</u>
1.	_ _	1	2
2.	_ _	1	2
3.	_ _	1	2
4.	_ _	1	2
5.	_ _	1	2
6.	_ _	1	2
7.	_ _	1	2
8.	_ _	1	2
9.	_ _	1	2
10.	_ _	1	2



END BPIs1

- a. ¿Qué zona le duele más? |_|_|
- FRONT 1
BACK 2

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD BPI2 FOR QUESTIONS B3 THROUGH B6.

Estas preguntas a continuación se relacionan con su dolor en general de la semana pasada, no solo la zona que le duele más.

B3. Por favor, dele un puntaje a su dolor indicando el número que mejor describe su dolor en su **peor** momento la semana pasada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor									Dolor tan intenso como se puede imaginar	

B4. Por favor, dele un puntaje a su dolor indicando el número que mejor describe su dolor cuando estaba en su **punto mínimo** (le dolía menos) la semana pasada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor									Dolor tan intenso como se puede imaginar	

B5. Por favor dele un puntaje a su dolor indicando el número que mejor describe su dolor en **promedio**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor									Dolor tan intenso como se puede imaginar	

B6. Por favor dele un puntaje a su dolor indicando el número que le dice cuándo dolor tiene **en este momento**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor									Dolor tan intenso como se puede imaginar	

B7. En la última semana, ¿ha recibido algún tratamiento o medicamentos para usted dolor? (**PROBE: Por favor incluya solo medicamentos, no tratamientos como masaje o acupuntura.**)

YES 1
 NO 2 (**B9**)

a. ¿Qué tratamientos o medicamentos está recibiendo para su dolor?

START BPIs2

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

END BPIs2

B8. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD BPI3.

La semana pasada, ¿cuánto alivio le dieron los tratamientos o medicamentos para el dolor? Por favor, indique el porcentaje que muestra mejor cuánto **alivio** recibió usted. **(PROBE: Por favor, incluya el alivio que recibió de medicamentos solamente; no incluya alivio que haya recibido de tratamientos como masajes o acupuntura.)**

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún alivio										Alivio total

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD BPI4 FOR QUESTIONS B9a – B9g.

B9. Indique el número que describe cuánto, durante la semana pasada, ha interferido el dolor con su:

a. Actividad general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

b. Ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

c. Capacidad para caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

d. Trabajo normal, el cual incluye tanto trabajo fuera de la casa como tareas del hogar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

e. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

f. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere									Interfiere completamente	

