

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	

