

Visita clínica: Cuestionario para el Participante

PARA LA OFICINA

Study ID _____

Type of Visit

Initial Visit

Pre Op Visit

Post Op Visit

Regular Follow-Up: _____ (months/years)

Date of Clinical Visit (MM/DD/YYYY) _____

Por favor conteste las siguientes preguntas. ¡Gracias por su participación!

1. ¿Actualmente está experimentando dolor relacionado a su cadera? ○ No → *Salte a la pregunta 2*
○ Sí → *Continúe*
- 1a. En una escala del 0 al 10, ¿Cuan severo es su dolor? *Marque con un círculo solamente un número.*
- | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| Escala de dolor | 0
(nada de dolor) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10
(dolor severo, el peor dolor) |
|------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
- 1b. ¿Dónde tiene dolor?
Por favor, marque todas las que apliquen.
- Glúteo
 - Ingle
 - Cadera
 - Rodilla
 - Muslo
 - Otro: _____
- 1c. ¿Con que frecuencia tiene dolor en la cadera?
- Cada día
 - 2-3 veces por semana
 - Una vez por semana
 - 1-2 veces por mes o menos
 - No tengo dolor
2. ¿Actualmente está tomando medicamentos para el dolor de la cadera? ○ No → *Salte a la pregunta 3*
○ Sí → *Continúe*
- 2a. ¿Cuáles medicamentos toma para el dolor?
Por favor, marque todos los que apliquen.
- Aleve (Naproxeno)
 - Hidrocodona/Oxicodona
 - Ibuprofeno
 - Tylenol
 - Otro: _____
- 2b. ¿Con que frecuencia utiliza medicamentos para el dolor?
- Cada día
 - 2-3 veces por semana
 - Una vez por semana o menos
 - Otro: _____
3. Desde que le comenzaron los síntomas, ¿los síntomas...
- están mejorando
 - están empeorando
 - están igual
 - ya no tengo síntomas
4. ¿Ha faltado a la escuela debido a su dolor de la cadera?
- Sí, menos de una vez por mes
 - Sí, una vez por mes
 - Sí, una vez por semana
 - Sí, menos de una vez por mes
 - No, aún no asisto a la escuela
 - No, no falte a clases debido a dolor
- } Número aproximado de días perdidos en los últimos 30 días debido a dolor de cadera: _____ días

Para las siguientes cuatro preguntas, piense en su nivel de actividad en los últimos 30 días.

5. **Solo** participé en actividades sedentarias (por ejemplo, televisión, lectura, juegos de videos) en los últimos 30 días:
- Sí → *Salte a la pregunta 6*
 - No → *Continúe*
- 5a. Participé en **deportes de alto impacto** (ej.: correr, baloncesto, fútbol) en los últimos 30 días:
Seleccione una respuesta.
- Regularmente (casi diariamente)
 - A veces (una o dos veces por semana)
 - Raramente (menos de una vez por semana)
 - Nunca/Incapaz
- 5b. Participé en **deportes de bajo impacto** (ej.: ciclismo, natación) en los últimos 30 días:
Seleccione una respuesta.
- Regularmente (casi todos los días)
 - A veces (una o dos veces por semana)
 - Raramente (menos de una vez por semana)
 - Nunca/Incapaz
- 5c. Participé en **actividades ligeras** (ej.: educación física, tareas ligeras de la casa, juego al aire libre) en los últimos 30 días:
Seleccione una respuesta.
- Regularmente (casi todos los días)
 - A veces (una o dos veces por semana)
 - Raramente (menos de una vez por semana)
 - Nunca/Incapaz
6. ¿Cuál es su estatus actual de soporte de peso realizado?
- Soporte de peso tolerado
 - Soporte de peso con restricciones
7. ¿Cuál es su nivel de actividad actual?
- Reposo en cama
 - Solamente en silla de ruedas o en silla de ruedas con permiso para transferencia/ir al baño
 - Con muletas o andador sin soporte de peso
 - Con muletas o andador con soporte de peso en los dedos del pie
 - Soporte de peso parcial con muletas o andador (25-50% del peso del cuerpo)
 - Soporte de peso tolerado, sin hacer deporte
 - Deportes de bajo impacto solamente (por ejemplo, natación, ciclismo)
 - Actividad completa sin restricciones
 - Otro: _____
8. ¿Actualmente está utilizando una férula de abducción (no yeso) para su Perthes?
- No, Nunca se me recetó una férula como parte de mi tratamiento.
 - No, Mi cirujano me recomendó dejar de usar mi férula.
 - No, Decidí dejar de usar mi férula
Motivo por dejar de usarla: _____
Fecha aproximada que dejo de usarla: _____
 - Sí, actualmente estoy usando una férula.
Fecha de iniciación de uso de férula: _____
¿Cuántas horas por día utiliza la férula?: _____ horas
9. ¿Ha tenido alguna complicación de la cadera relacionad al Perthes desde su última visita?
Si su respuesta es sí, por favor describa.

Final del cuestionario. ¡Gracias por su participación!