



## Herramienta de Evaluación de la Espalda STarT

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Piense en las **últimas 2 semanas** para marcar su respuesta a las siguientes preguntas:

|   |   | No<br>0                  | Sí<br>1                  |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Mi dolor de espalda se ha extendido a lo largo de mi pierna(s) en alguna ocasión en las últimas dos semanas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Me ha dolido el hombro o cuello en alguna ocasión en las dos últimas semanas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | En las últimas dos semanas, solo he caminado distancias cortas por mi dolor de espalda                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | En las dos últimas semanas, me he vestido más lentamente de lo normal por mi dolor de espalda               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | No es seguro ser físicamente activo con mi dolor de espalda   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Me he preocupado mucho por mi dolor de espalda en las dos últimas semanas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Noto que mi dolor de espalda es terrible y que nunca irá a mejor  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | En general en las últimas dos semanas, no he disfrutado de las cosas lo que habitualmente disfruto          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. En general, ¿como le ha molestado su espalda en las dos últimas semanas?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Para nada                | Poco                     | Moderadamente            | Mucho                    | Extremadamente           |
| <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 0                        | 0                        | 1                        | 1                        |

**Total score (all 9):** \_\_\_\_\_ **Sub Score (Q5-9):** \_\_\_\_\_

## The STarT Back Tool Scoring System

