

Date: / /

Patient Age:

Patient Label Must Be Placed Neatly
Inside This Box to Scan

First Visit Intermediate Visit Last Visit

HONORHEALTH® DISCAPACIDADES DE LOS BRAZOS, HOMBROS Y MANOS

Por favor califique su habilidad de realizar las siguientes actividades durante la última semana y llene el círculo de la respuesta correspondiente.

	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD SEVERA	INCAPAZ
1. Abrir un frasco apretado o nuevo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Hacer quehaceres domésticos pesados (ejemplo lavar paredes o pisos)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Cargar una bolsa de compras del supermercado o portafolio.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Lavarse la espalda.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Actividades recreacionales en las que recibe algo de fuerza o impacto al brazo, hombro o mano (ejemplo golf, martillar, tenis, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	MUCHO	EXTREMAMENTE
7. Durante la semana pasada, ¿hasta qué punto interfirió su problema del brazo, hombro o mano con las actividades sociales que normalmente hace con su familia, amigos, vecinos o grupos? (Llene el círculo apropiado)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	NO ME LIMITO EN NADA	ME LIMITO UN POCO	ME LIMITO MODERADAMENTE	MUY LIMITADO	INCAPAZ
8. Durante la semana pasada, ¿se limitó su trabajo u otras actividades diarias a consecuencia del problema de su brazo, hombro o mano? (Llene el círculo apropiado)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Por favor califique la gravedad de los siguientes síntomas en esta última semana. (Llene el círculo apropiado)

	NADA	POCO	MODERADO	SEVERO	EXTREMO
9. Dolor de brazo, hombro o mano.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
10. Hormigueo (sensación de agujas y alfileres) en su brazo, hombro o mano.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	NADA DE DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD SEVERA	ES TANTA LA DIFICULTAD QUE NO PUEDO DORMIR
11. Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido al dolor de su brazo, hombro o mano? (llene el círculo apropiado)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Employee ID

--	--	--	--	--

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

ICD-9 Code

--	--	--	--	--

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

PARA USO EXCLUSIVO DEL TERAPEUTA

DASH DISABILITY/SYMPPTOM SCORE =

$$\left[\left(\frac{\text{Sum of } n \text{ responses}}{n} \right) - 1 \right] \times 25$$

where n is equal to the number of completed responses.

A DASH score may not be calculated if there are greater than 3 missing items.

