

Encuesta sobre Prevalencia de dolor de espalda en escolares

Identificación del Centro

--

Edad

--

Sexo

--

Peso

--

Talla

--

Realiza algún tipo de deporte:

No	Si
----	----

Tipo deporte

--

Horas /semana

--

Tiene habitualmente dolor de espalda:

No	Si
----	----

Conteste a las siguientes preguntas SOLO SI TIENE HABITUALMENTE DOLOR DE ESPALDA (señale la respuesta correcta con una X)

Localización

Concreta	Difusa
----------	--------

Tipo de dolor

Continuo	Discontinuo
----------	-------------

Cuando es mayor el dolor

Por la noche	Durante el día
--------------	----------------

Cuando es mayor el dolor

En reposo	En actividad
-----------	--------------

Cuantos días a la semana le duele

--

Cuantas horas al día le duele

--

El dolor le impide la actividad escolar normal

No	Si
----	----

El dolor le impide la actividad deportiva normal

No	Si
----	----

Ha tenido que consultar con algún especialista

No	Si
----	----

Le han realizado alguna exploración complementaria

No

Si

Si ha contestado afirmativamente la anterior señale cuál:

Se diagnosticó cuál era la causa del dolor

No

Si

Si ha contestado afirmativamente la anterior señale cuál:

Se le dio medicación a causa del dolor

No

Si

Si ha contestado afirmativamente la anterior señale cuál:

Presenta alguna otra patología acompañante

No

Si

Si ha contestado afirmativamente la anterior señale cuál: