



VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO OSTRC-H2

Por favor, conteste todas las preguntas independientemente de si ha experimentado o no problemas de salud durante los últimos 7 días.

El término “problemas de salud” se refiere a cualquier síntoma de lesión (por ejemplo, dolor, rigidez, inestabilidad, chasquidos, sensación de que se traba o engancha la articulación) o síntoma de enfermedad (por ejemplo, tos, estornudos, dolor de cabeza, problemas intestinales), independientemente de su severidad o consecuencias. En este contexto, consideramos la depresión, ansiedad, tristeza, etc. como “enfermedad”.

Si tiene varios problemas de salud, por favor, conteste todas las preguntas refiriéndose únicamente al que ha sido su mayor problema durante los últimos 7 días. Al final del cuestionario tendrá la oportunidad de hacer referencia a los demás problemas.

Seleccione la opción más apropiada para usted y, en caso de no tenerlo claro, intente responder lo mejor que pueda.

Pregunta 1 – Participación

Durante los últimos 7 días, ¿Ha tenido alguna dificultad para participar con normalidad en los entrenamientos y competiciones debido a una lesión, enfermedad u otro problema de salud?

- He participado completamente sin problemas de salud.
- He participado completamente, pero con problemas de salud.
- He reducido mi participación debido a problemas de salud.
- No he podido participar debido a problemas de salud.



Pregunta 2 – Modificación de entrenamiento/competición

Durante los últimos 7 días, ¿En qué medida ha modificado su entrenamiento o competición debido a una lesión, enfermedad u otro problema de salud?

- No lo he modificado.
- Lo he modificado levemente.
- Lo he modificado moderadamente.
- Lo he modificado severamente.

Pregunta 3 – Rendimiento

Durante los últimos 7 días, ¿En qué medida ha afectado a su rendimiento una lesión, enfermedad u otro problema de salud?

- No me ha afectado.
- Me ha afectado levemente.
- Me ha afectado moderadamente.
- Me ha afectado severamente.

Pregunta 4 – Síntomas

Durante los últimos 7 días, ¿En qué medida ha experimentado síntomas o problemas de salud?

- No he experimentado ningún síntoma.
- He experimentado síntomas leves.
- He experimentado síntomas moderados.
- He experimentado síntomas severos.



Pregunta 5 – Tipo de problema

El problema de salud al que se refiere en las cuatro preguntas anteriores, ¿Es una lesión o una enfermedad?

- Lesión
- Enfermedad

Pregunta 6 – Zona de lesión

Por favor, seleccione la casilla que mejor describe la localización de su lesión. Si la lesión involucra varias localizaciones, por favor selecciona únicamente la principal. Si tiene múltiples lesiones, por favor complete un registro separado para cada una.

- Cabeza/cara
 - Por favor, especifique: cabeza, ojo, oreja, nariz, cara, dental.
- Cuello / columna cervical
- Hombro / clavícula / escápula
- Brazo (entre hombro y codo)
- Codo
- Antebrazo (entre codo y muñeca)
- Muñeca
- Mano
- Dedo
- Pecho/costillas/esternón
- Abdomen
- Columna dorsal / zona alta de la espalda



- Columna lumbar / zona baja de la espalda
- Pelvis / nalgas /sacro
- Cadera / ingle
- Muslo (entre cadera y rodilla)
- Rodilla
- Pierna (entre rodilla y tobillo) / tendón de Aquiles
- Tobillo
- Pie/dedos
- Otro
 - Por favor, especifique

Pregunta 7 – Síntomas de enfermedad

Por favor, seleccione las casillas que corresponden con los síntomas más graves que ha experimentado durante los últimos 7 días. Puede seleccionar varias alternativas; sin embargo, en caso de que tenga varias enfermedades no relacionadas entre sí por favor, complete un registro separado para cada una de ellas.

- Fiebre
- Fatiga/malestar
- Inflamación de los ganglios
- Dolor de garganta
- Nariz taponada/moqueo/estornudos
- Tos



- Dificultad para respirar/opresión
- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Desmayo (pérdida de conciencia)
- Sarpullido / picor
- Pulso irregular/arritmia
- Dolor de pecho
- Dolor abdominal
- Otro dolor
- Entumecimiento o adormecimiento de una zona del cuerpo/pinchazos
- Ansiedad
- Depresión/tristeza
- Irritabilidad
- Síntomas oculares (lagrimeo, picor, alteración de la vista...)
- Síntomas en el oído
- Síntomas del tracto urinario/dolor genital
- Otros

- Por favor, especifique:



**INSERTAR AQUÍ, SI PROCEDE, PREGUNTAS ESPECÍFICAS DEL
PROYECTO**

Pregunta FINAL

¿Ha experimentado alguna otra enfermedad, lesión o problema de salud durante los últimos 7 días?

Sí

No