



OXFORD SHOULDER SCORE (OSS)

ESCALA DEL HOMBRO DE OXFORD - VERSIÓN ESPAÑOLA

PROBLEMAS CON SU HOMBRO

Puntuación de Hombro

Durante las pasadas 4 semanas

✓ Marque **una** casilla en cada pregunta

<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
1. ¿Cómo describiría usted el peor dolor que tuvo <u>en el hombro</u>?				
Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Insoportable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
2. ¿Ha tenido alguna dificultad para vestirse por si mismo/a a causa de su hombro?				
Ninguna dificultad	Leve dificultad	Dificultad moderada	Dificultad extrema	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
3. ¿Ha tenido alguna dificultad para entrar y salir de un coche o utilizar el transporte a causa del hombro?				
Ninguna dificultad	Leve dificultad	Dificultad moderada	Dificultad extrema	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				



4. ¿Ha sido capaz de utilizar un cuchillo y un tenedor a la vez?				
Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
5. ¿Pudo usted hacer las compras del hogar por si mismo/a?				
Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
6. ¿Pudo llevar una bandeja con un plato de comida por una habitación?				
Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
7. ¿Pudo cepillarse/peinarse el pelo <u>con el brazo afecto</u>?				
Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Durante las pasadas 4 semanas.....</i>				
8. ¿Cómo describiría el dolor que tuvo <u>generalmente</u> en el hombro?				
Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Severo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Durante las pasadas 4 semanas.....

9. ¿Pudo colgar su ropa en un armario utilizando el brazo afecto?

Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con gran dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las pasadas 4 semanas.....

10. ¿Ha sido capaz de lavarse y secarse debajo de ambos brazos?

Sí, fácilmente	Con un poco de dificultad	Con dificultad moderada	Con extrema dificultad	Imposible de hacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las pasadas 4 semanas.....

11. ¿Cuánto ha interferido el dolor del hombro en su trabajo individual (incluido el trabajo doméstico)?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las pasadas 4 semanas.....

12. ¿Le ha molestado el dolor del hombro en la cama por la noche?

Ninguna noche	Sólo 1 ó 2 noches	Algunas noches	Casi todas las noches	Todas las noches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por su colaboración!