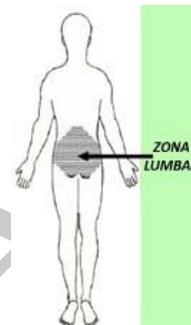


CUESTIONARIO DELPHI DOLBaPP (Formulario O4)

1- En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted dolor en la zona lumbar (en el área que muestra el diagrama)? *Por favor, no se refiera al dolor causado por fiebre o por la menstruación.*



Si

No

2- Si ha contestado “sí”, ¿el dolor fue lo suficientemente intenso como para limitar sus actividades habituales o cambiar su rutina diaria durante más de un día?

Si

No

3- En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor que bajara por la pierna?

Si

No

4- Si ha contestado “sí”, ¿ese dolor llegó hasta más abajo de la rodilla?

Si

No

5- Si en las últimas cuatro semanas ha tenido dolor que bajara por la pierna, ¿con qué frecuencia lo ha tenido?

Algunos días

La mayoría de los días

Cada día

