

Patient Name:

DOB:

ACCT#:

MR#:

# Adolescente

---

*Desarrollado por:*

American Academy of Orthopaedic Surgeons

Pediatric Orthopaedic Society of North America

American Academy of Pediatrics

Shriner's Hospitals

Para ser completado por los padres del los pacientes de 11 -18 años de edad

*Based on the Version 2.0 Pediatrics-Parent/Child Putcomes Instrument*

*Also commonly referred to as the PODCI ("Pediatric Outcomes Data Collection Instrument")*

*Revised, renumbered, reformatted August 2005*

Patient Name:

DOB:

ACCT#:

MR#:

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario!

Este cuestionario nos ayudará a entender mejor la salud general de su hijo y los problemas relacionados a las condiciones de los huesos y los músculos.

Sus respuestas son voluntarias y se mantendrán estrictamente confidenciales.

Por favor responda todas las preguntas. Algunas preguntas parecen similares, pero todas son diferentes.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de cómo responder la pregunta, sólo dé la mejor respuesta que pueda. Puede hacer comentarios en el margen. Nosotros leemos todos sus comentarios, así que siéntase tranquilo de hacer lo que que quiera.

Fecha de nacimiento del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Su relación con el niño(a) \_\_\_\_\_

Patient Name:  
 DOB:  
 ACCT#:  
 MR#:

## Cuestionario Pediátrico-Padre/Hijo

Algunos problemas pueden hacer más difícil algunas actividades, como comer, bañarse, trabajo de la escuela, y jugar con los amigos. Nos gustaría saber cómo se desempeña su hijo. (Encierre en un círculo una respuesta en cada línea).

Durante la **última semana** fué fácil o difícil para su hijo:

	Fácil	Un poco difícil	Muy difícil	No lo puede hacer	Muy joven para esta actividad
1. Levantar libros pesados?	1	2	3	4	5
2. Servirse de medio galón de leche?	1	2	3	4	5
3. Abrir un frasco que se ha abierto antes?	1	2	3	4	5
4. Usar tenedor y cuchara?	1	2	3	4	5
5. Peinarse el cabello?	1	2	3	4	5
6. Abotonarse?	1	2	3	4	5
7. Colocarse un abrigo?	1	2	3	4	5
8. Escribir con un lápiz?	1	2	3	4	5

9. Cuántas veces en promedio, faltó su hijo(a) a la escuela en los **últimos doce meses** (pre-escolar, guardería, campamento, etc) porque estaba enfermo?

- 1 Muy raro
- 2 Una vez al mes
- 3 Dos o tres veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Más de una vez a la semana
- 6 No asiste a la escuela, etc.

Durante la **última semana** qué tan feliz ha estado su hijo con:  
 (Encierre en un círculo una respuesta en cada línea)

	Muy feliz	Algo feliz	No está seguro	Algo infeliz	Muy infeliz	El hijo(a) es muy joven
10. Como luce?	1	2	3	4	5	6
11. Su cuerpo?	1	2	3	4	5	6
12. La ropa y zapatos que puede usar?	1	2	3	4	5	6
13. Su habilidad para hacer las mismas cosas que sus amigos hacen?	1	2	3	4	5	6
14. Su salud en general?	1	2	3	4	5	6

Patient Name:  
DOB:  
ACCT#:  
MR#:

Por cuánto tiempo durante la **última semana** (encierre en un círculo una respuesta en cada línea)

	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Alguna parte del tiempo</b>	<b>Unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
15. Su hijo se sintió enfermo o cansado?	1	2	3	4
16. Su hijo estaba animado y lleno de energía?	1	2	3	4
17. Dolor o incomodidad interfirió en las actividades de su hijo(a)?	1	2	3	4

Ha sido fácil o difícil para su hijo durante la **última semana**:  
(encierre en un círculo una respuesta en cada línea)

	<b>Fácil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>No lo puede hacer</b>	<b>Muy joven para esta actividad</b>
18. Correr distancias cortas?	1	2	3	4	5
19. Montar bicicleta o triciclo?	1	2	3	4	5
20. Subir tres tramos de escaleras?	1	2	3	4	5
21. Subir un tramo de escaleras?	1	2	3	4	5
22. Caminar más de una milla?	1	2	3	4	5
23. Caminar tres cuerdas?	1	2	3	4	5
24. Caminar una cuerda?	1	2	3	4	5
25. Subirse o bajarse del bus?	1	2	3	4	5

26. Con qué frecuencia su hijo necesita ayuda de otra persona para caminar o trepar? (Encierre en un círculo una respuesta)

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Más o menos la mitad del tiempo
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre

27. Con qué frecuencia su hijo utiliza ayudas externas (por ejemplo órtesis, muletas, o sillas de ruedas) para caminar o trepar?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Más o menos la mitad del tiempo
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre

Patient Name:  
 DOB:  
 ACCT#:  
 MR#:

Ha sido fácil o difícil para su hijo(a) durante la **última semana**:  
 (Encierre en un círculo una respuesta en cada línea)

	Fácil	Un poco difícil	Muy difícil	No lo puede hacer	Muy joven para esta actividad
28. Estar de pie mientras se lava las manos y la cara en frente del lavamanos?	1	2	3	4	5
29. Sentarse en una silla normal sin sostenerse?	1	2	3	4	5
30. Subirse o bajarse de una silla o del inodoro?	1	2	3	4	5
31. Subirse o bajarse de la cama?	1	2	3	4	5
32. Girar la perilla de la puerta?	1	2	3	4	5
33. Doblar el tronco hacia delante cuando está de pie o recoger algo del suelo?	1	2	3	4	5

34. Con qué frecuencia su hijo(a) necesita ayuda de otra persona para sentarse o pararse?  
 (Encierre en un círculo una respuesta).

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Más o menos la mitad del tiempo
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre

35. Con qué frecuencia su hijo utiliza ayudas externas (por ejemplo órtesis, muletas, o sillas de ruedas) para sentarse o pararse?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Más o menos la mitad del tiempo
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre

36. Su hijo puede participar en **actividades recreacionales afuera** con otros niños de su misma edad? (Por ejemplo montar bicicleta, triciclo, patinar, montañismo, trotar)(Encierre en un círculo una respuesta)

- 1 Muy fácil
- 2 Sí, pero un poco difícil
- 3 Sí, pero muy difícil
- 4 No

**Si contestó “no” a la pregunta 36 arriba, qué limita la actividad de su hijo(a)?** (Encierre en un círculo todas las que se apliquen)

	Sí
37. Dolor?	1
38. Salud en general?	1
39. Instrucciones del médico o del padre?	1
40. Miedo a que no le vá a gustar a los otros niños?	1
41. No le gustan las actividades recreacionales afuera?	1
42. Muy joven?	1
43. No es la estación para esa actividad?	1

Patient Name:  
DOB:  
ACCT#:  
MR#:

44. Su hijo(a) puede participar en **juegos o deportes** con otros niños de la misma edad? Por ejemplo: basketball, soccer, saltar la cuerda, football) (Encierre en un círculo una respuesta).

1 Sí, fácilmente      2 Sí, pero un poco difícil      3 Sí, pero muy difícil      4 No

**Si contesto “no” a la pregunta 44 arriba, qué limita la actividad de su hijo(a)?** (Encierre en un círculo todas las que se apliquen)

	<b>Sí</b>
45. Dolor?	1
46. Salud en general?	1
47. Instrucciones del médico o del padre?	1
48. Miedo a que no le vá a gustar a los otros niños?	1
49. No le gustan las actividades recreacionales afuera?	1
50. Muy joven?	1
51. No es la estación para esa actividad?	1

52. Su hijo puede participar en deportes a nivel competitivo con otros niños de la misma edad? (Por ejemplo: hockey, basketball, natación, soccer, football, baseball, atletismo, gimnasia, o baile) (Encierre en un círculo una respuesta).

1 Sí, fácilmente      2 Sí, pero un poco difícil      3 Sí, pero muy difícil      4 No

**Si contestó “no” a la pregunta 52 arriba, qué limita la actividad de su hijo(a)?** (Encierre en un círculo todas las que se apliquen)

	<b>Sí</b>
53. Dolor?	1
54. Salud en general?	1
55. Instrucciones del médico o del padre?	1
56. Miedo a que no le vá a gustar a los otros niños?	1
57. No le gustan las actividades recreacionales afuera?	1
58. Muy joven?	1
59. No es la estación para esa actividad?	1

Patient Name:

DOB:

ACCT#:

MR#:

60. Con qué frecuencia en la última semana su hijo(a) se reunió con amigos para hacer diferentes actividades? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Frecuentemente

2 Algunas veces

3 Nunca o muy raro

**Si contestó “algunas veces” o “nunca o muy raro” a la pregunta 60 arriba, qué limita la actividad de su hijo(a)? (Encierre en un círculo “sí” para todas las que se aplique)**

	<b>Sí</b>
61. Dolor?	1
62. Salud en general?	1
63. Instrucciones del médico o del padre?	1
64. Miedo a que no le vá a gustar a los otros niños?	1
65. Los amigos no están cerca?	1

66. Con qué frecuencia en la última semana su hijo(a) participó en gimnasia/recreo? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Frecuentemente

2 Algunas veces

3 Nunca o muy raro

4 No gimnasia/recreo

**Si contestó “algunas veces” o “nunca o muy raro” a la pregunta 66 arriba, qué limita la actividad de su hijo(a)? (Encierre en un círculo “sí” para todas las que se aplique)**

	<b>Sí</b>
67. Dolor?	1
68. Salud en general?	1
69. Instrucciones del médico o del padre?	1
70. Miedo a que no le vá a gustar a los otros niños?	1
71. No le gusta gimnasia/recreo?	1
72. La escuela no está en sesión?	1
73. No asiste a la escuela?	1

74. Es fácil o difícil para su hijo(a) hacer amigos con otros niños de su edad? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Generalmente fácil

2 Algunas veces fácil

3 Algunas veces difícil

4 Generalmente difícil

Patient Name:  
DOB:  
ACCT#:  
MR#:

75. Cuánto dolor ha tenido su hijo(a) en la **última semana**? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Nada      2 Muy leve      3 Leve      4 Moderado      5 Severo      6 Muy severo

76. Durante la última semana, qué tanto interfirió el dolor con las actividades de su hijo(a) (incluyendo en la casa, fuera de la casa, y en la escuela)? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Nada      2 Un poco      3 Moderadamente      4 Bastante      5 Extremadamente

Qué expectativas tiene con el tratamiento de su hijo(a)?  
Mis expectativas con el resultado del tratamiento de mi hijo(a):  
(Encierre en un círculo una respuesta)

	Sí	Tal vez sí	No estoy seguro	Tal vez no	No
77. Aliviar el dolor	1	2	3	4	5
78. Lucir mejor	1	2	3	4	5
79. Sentirse mejor consigo mismo	1	2	3	4	5
80. Dormir más cómodamente	1	2	3	4	5
81. Ser capaz de hacer actividades en la casa	1	2	3	4	5
82. Ser capaz de hacer más en la escuela	1	2	3	4	5
83. Ser capaz de hacer más actividades recreacionales o jugar (montar bicicleta, caminar, con amigos)	1	2	3	4	5
84. Poder hacer más deportes	1	2	3	4	5
85. Estar libre de dolor o discapacidad cuando sea adulto	1	2	3	4	5

86. Si su hijo(a) tiene que pasar el resto de su vida en las condiciones óseas y musculares que presenta **en este momento**, cómo se sentiría usted? (Encierre en un círculo una respuesta)

1 Muy satisfecho  
2 De alguna manera satisfecho  
3 Neutral  
4 De alguna manera insatisfecho  
5 Muy insatisfecho