Anexo

Cuestionario de dolor musculoesquelético en pediatría

Esta encuesta tiene como objetivo conocer la frecuencia y características de los dolores corporales en la infancia.
La información es confidencial y será utilizada con fines académicos.
Muchas gracias por su colaboración.

Edad del niño/a: **años** edad de la madre: **años**

Sexo del niño/a femenino ❑ masculino ❑

• Tiene algún hermana/o
sí ❑ no ❑

• Señale el número de adultos que conviven en la casa:___
¿Cuál es la relación habitantes/habitaciones?___/___

¿En los últimos 12 meses se separó de su esposo/pareja? sí❑ no❑
¿En los últimos 12 meses se produjo una mudanza? sí❑ no❑
¿En los últimos 12 meses cambió su hijo de escuela? sí❑ no❑
¿En los últimos 12 meses se embarazó o tuvo un hijo? sí❑ no❑

¿Hay algún integrante de la familia que tuvo dolores de miembros durante la infancia?
no ❑ sí ❑, quién _____

Hay algún miembro de la familia que presente dolores corporales
no ❑ sí ❑, quién _____

En el último año, su hija/o ha presentado algún dolor:

Corporal	sí	❑	no	❑
Cabeza	sí	❑	no	❑
Abdomen	sí	❑	no	❑

En los últimos 3 meses, su hija/o ha presentado algún dolor:

Corporal	sí	❑	no	❑
Cabeza	sí	❑	no	❑
Abdomen	sí	❑	no	❑

Si respondió que no tuvo dolores corporales, NO siga respondiendo la encuesta.

Muchas gracias

SÍ ❑
¿En qué parte del cuerpo? (puede marcar más de una opción)

Piernas	❑	Cuello	❑
Brazos	❑	Espalda	❑
Cadera o glúteo	❑	Otro	❑

El dolor se manifiesta precisamente en:

Las articulaciones (rodillas, muñecas, etc.)	sí	❑	no	❑
Los músculos (pantorrillas, etc.)	sí	❑	no	❑
En un solo lado del cuerpo (unilateral)	sí	❑	no	❑
En ambos lados del cuerpo (bilateral)	sí	❑	no	❑

¿Cuántas veces se quejó de dolor en los últimos 3 meses?

una vez	❑	más de una vez	❑

Si le dolió más de una vez, ¿cada cuánto tiempo se queja de dolor?

una vez por mes	❑	una vez por semana	❑
casi todos los días	❑	todos los días	❑

¿Cuánto tiempo le dura el dolor?

minutos	❑	horas	❑
todo el día	❑	varios días	❑

¿En qué momento del día aparece el dolor? (puede marcar más de una opción)

cuando se levanta	❑	al atardecer	❑
cuando se va a dormir	❑	lo despierta durante la noche	❑
después de hacer ejercicio	❑	durante el ejercicio	❑
después de estar en reposo (sentado o acostado por un rato)			❑

¿Su hijo ha dejado de hacer alguna de las actividades cotidianas a causa del dolor? (seguir jugando, ir a la escuela, etc.)

sí ❑ no ❑

¿Cómo calma el dolor?

solo	❑	reposo	❑
analgésicos	❑	masajes	❑
otros	❑ (aclare) _____		

¿Alguna vez consultó con algún médico por el dolor?

nunca consulté	❑	pediatra	❑
traumatólogo	❑	reumatólogo	❑
homeópata	❑		
otros	❑ (aclare)_____		

¿Se tuvo que realizar algún estudio (radiografías, análisis de sangre, etc.) debido al dolor?

sí ❑ no ❑

Muchas gracias