

OXFORD ELBOW SCORE

NHC y Nombre del Paciente

Operación/Diagnostico:

Fecha:

Lateralidad: R L

Examen:	Pre-op		
	3 meses	6 meses	
	1 año	2 años	___ años

Durante las últimas 4 semanas.....

- ¿Ha tenido problemas en levantar cosas en su casa, como sacar la basura, debido a problemas en su codo?
 - Sin dificultad
 - Poca dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
 - Imposible realizarlo
- ¿Ha tenido dificultad en llevar bolsas de la compra, debido a su dolor de codo?
 - Sin dificultad
 - Poca dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
 - Imposible realizarlo
- ¿Ha tenido alguna dificultad al ducharse, deido a su problema en el codo?
 - Sin dificultad
 - Poca dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
 - Imposible realizarlo
- ¿Ha tenido alguna dificultad al vestirse, debido a su codo?
 - Sin dificultad
 - Poca dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
 - Imposible realizarlo
- ¿Ha sentido que su dolor de codo esta de alguna forma “controlando su vida”?
 - Sin dificultad
 - Poca dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
 - Imposible realizarlo

6. ¿Cuánto tiempo ha pensado en su dolor de codo?
- A. Nada
 - B. Poco
 - C. Algúna vez
 - D. La mayor parte del tiempo
 - E. Todo el tiempo
7. ¿Le molesta su codo por la noche?
- A. Nunca
 - B. 1 o 2 noches
 - C. Ocasionalmente
 - D. La mayoría de las noches
 - E. Diariamente
8. ¿Le despierta el dolor de codo?
- A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Algunos días
 - D. La mayoría de los días
 - E. Siempre
9. ¿Le molesta el dolor de codo durante su actividad laboral o de ocio?
- A. Nunca
 - B. Poco
 - C. Ocasionalmente
 - D. Mucho
 - E. Siempre
10. ¿Le ha impedido el dolor de codo tomar parte en actividad de ocio que solía hacer?
- A. Nunca
 - B. Ocasional
 - C. Algunas veces
 - D. La mayoría de las veces
 - E. Siempre
11. ¿Cuánto dolor tiene en su codo?
- A. Nunca
 - B. Poco
 - C. Moderado
 - D. Severo
 - E. Insoportable
12. ¿Cómo describiría el dolor que tiene en su codo?
- A. Nunca
 - B. Poco
 - C. Moderado
 - D. Severo
 - E. Insoportable