Efectos del dolor – Versión para padres - Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Pf2pain5r	Mi niño/a tuvo dificultad para dormir cuando tenía dolor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf3pain7r	Mi niño/a se sintió enojado/a cuando tenía dolor……...	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf2pain2r	Mi niño/a tuvo dificultad para hacer las tareas escolares cuando tenía dolor	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf3pain2r	A mi niño/a le fue difícil prestar atención cuando tenía dolor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf2pain4r	A mi niño/a le fue difícil correr cuando tenía dolor.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf1pain4r	A mi niño/a le fue difícil caminar una manzana (cuadra) cuando tenía dolor.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf3pain4r	A mi niño/a le fue difícil divertirse cuando tenía dolor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Pf4pain6r	A mi niño/a le fue difícil quedarse de pie cuando tenía dolor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Spanish
24 January 2017

© 2010-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group