

SPANISH PEDIATRIC PAIN SCREENING TOOL (PPST-S)

Contesta pensando en las últimas 2 semanas:

1. Tengo dolor en más de una parte del cuerpo	SI		NO	
2. Sólo puedo caminar distancias cortas por culpa del dolor	SI		NO	
3. Me resulta difícil estar en la escuela durante todo el día	SI		NO	
4. Me cuesta quedarme y permanecer dormido toda la noche	SI		NO	
5. Para mí no es seguro realizar actividad física	SI		NO	
6. Me preocupa mucho por el dolor	SI		NO	
7. Creo que mi dolor es terrible y nunca va a mejorar	SI		NO	
8. En general, ya no me divierto tanto como antes	SI		NO	
9. Resumiendo, ¿El dolor, en qué medida ha sido un problema durante las dos últimas semanas?				
Nada ☐ Un poco ☐ Algunas veces ☐ Mucho ☐ Muchísimo ☐				