

4. ¿Ha tenido alguna dificultad al vestirse, debido a su codo?

- A Sin dificultad**
- B Poca dificultad**
- C Moderada dificultad**
- D Extrema dificultad**
- E Imposible realizarlo**

5. ¿Ha sentido que su dolor de codo esta de alguna forma "controlando su vida"?

- A Sin dificultad**
- B Poca dificultad**
- C Moderada dificultad**
- D Extrema dificultad**
- E Imposible realizarlo**

6. ¿Cuánto tiempo ha pensado en su dolor de codo?

- A Nada**
- B Poco**
- C Alguna 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 dias**
- D La mayoría de los dias**
- 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

RESULTADOS

- Puntuaciones: A=4, B=3, C=2, D=1, E=0
- 48 Normal
- 0 El peor codo posible