

En lo que respecta a la operación de su hernia:

- ¿Considera que la hernia reapareció? Sí No
- ¿Siente o ve un bulto? Sí No
- ¿Siente dolor o algún síntoma en la zona? Sí No

¿Se sometió a otra cirugía desde

la operación de la hernia? Sí No

En caso afirmativo, explique el motivo de la
cirugía abdominal:

- Debido a la hernia Por otro motivo

Responda las 9 preguntas siguientes de las 3 áreas principales:

1. Dolor en la zona de la hernia
2. Limitaciones de actividades debido al dolor o la molestia
3. Molestia estética

Marque el número que corresponda con su estado actual.

Respectivamente, califique con **0** (sin dolor, sin limitaciones y estéticamente agradable) **para las mejores condiciones** y un **10** para el peor estado (el peor dolor, limitación total y estéticamente desagradable). Si no realiza alguna de estas actividades sobre las que se pregunta, marque con una **X** en la última columna.

1. Dolor en la zona de la hernia tratada												
	0 = sin dolor					10 = peor dolor imaginable						
Dolor en reposo (acostado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor durante actividades (caminar, andar en bicicleta, practicar deportes)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor que sintió la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Limitaciones de actividades debido a dolor o molestia en la zona de la hernia tratada												
	0 = sin limitaciones					10 = limitación total						
Limitación en las actividades cotidianas (dentro del hogar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación fuera del hogar (caminar, andar en bicicleta, conducir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación al practicar deportes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación durante tareas intensas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
X = Si no realiza esta actividad												
3. Molestia estética												
	0 = muy agradable					10 = extremadamente desagradable						
Forma del abdomen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zona de la hernia y cicatriz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	