

NAME \_\_\_\_\_

VISITA INICIAL  VISITA DE ALTA

DATE \_\_\_\_\_

**INDICE FUNCIONAL**

**Parte I:** *Conteste las cinco secciones de la Parte I. Escoja la respuesta única en cada sección que describe mejor su condición.*

**CAMINAR**

- Los síntomas no me impiden caminar cualquier distancia
- Los síntomas me impiden caminar más de 1 milla
- Los síntomas me impiden caminar más de 1/2 milla
- Los síntomas me impiden caminar más de 1/4 milla
- Solo puedo caminar usando un bastón o muletas
- Estoy en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme para llegar al baño

**TRABAJO**

*(se aplica al trabajo dentro y fuera de la casa)*

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera
- Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- Apenas puedo hacer algún trabajo (solo tareas livianas)
- No puedo hacer ningún trabajo

**CUIDADO PERSONAL**

*(lavarme, vestirme, etc.)*

- Puedo manejar todo mi cuidado personal sin síntomas
- Puedo manejar todo mi cuidado personal con algún aumento de los síntomas
- Mi cuidado personal requiere movimientos lentos y concisos debido al aumento de los síntomas
- Necesito ayuda para manejar algunos cuidados personales
- Necesito ayuda para manejar todo mi cuidado personal
- No puedo manejar mi cuidado personal

**DORMIR**

- No tengo problemas para dormir
- Mi sueño está ligeramente alterado (menos de 1 hora sin dormir)
- Mi sueño está ligeramente alterado (de 1 a 2 horas sin dormir)
- Mi sueño está moderadamente alterado (de 2 a 3 horas sin dormir)
- Mi sueño está considerablemente alterado (de 3 a 5 horas sin dormir)
- Mi sueño está muy alterado (de 5 a 7 horas sin dormir)

**RECREACIÓN/DEPORTE**

*(Indique el deporte, si corresponde \_\_\_\_\_)*

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas/deportivas sin un aumento de los síntomas
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas/deportivas con algún aumento de los síntomas
- Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas/deportivas, pero no todas, por el aumento de los síntomas
- Puedo participar en unas pocas actividades recreativas/deportivas debido al aumento de los síntomas
- Apenas puedo hacer alguna actividad recreativa/deportiva debido al aumento de los síntomas
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa/deportiva

**AGUDEZA**

*(contestar en la visita inicial)*

¿Hace cuántos días apareció la lesión/afección? \_\_\_\_\_ días

**CONCENTRACIÓN**

- Puedo concentrarme plenamente cuando quiero, sin dificultad
- Puedo concentrarme plenamente cuando quiero, con alguna dificultad
- Tengo cierto grado de dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- Tengo muchísima dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- No puedo concentrarme para nada

**DOLORES DE CABEZA**

- No tengo dolores de cabeza para nada
- Tengo dolores de cabeza leves que aparecen menos de 3 veces por semana
- Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen ocasionalmente
- Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen 4 veces o más por semana
- Tengo dolores de cabeza severos que aparecen frecuentemente
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo

**LECTURA**

- Puedo leer todo lo que quiero sin un aumento de los síntomas
- Puedo leer todo lo que quiero con síntomas leves
- Puedo leer todo lo que quiero con síntomas moderados
- No puedo leer todo lo que quiero debido a los síntomas moderados
- Apenas puedo leer debido a los síntomas severos
- No puedo leer para nada

**MANEJAR**

- Puedo manejar mi coche o viajar sin síntomas adicionales
- Puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera con síntomas leves
- Puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera con síntomas moderados
- No puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera debido a los síntomas moderados
- Apenas puedo manejar o viajar debido a los síntomas severos
- No puedo manejar mi coche o viajar para nada

**LEVANTAR COSAS**

- Puedo levantar cargas pesadas sin síntomas adicionales
- Puedo levantar cargas pesadas pero me provoca síntomas adicionales
- Mis síntomas me impiden levantar cargas pesadas, pero puedo manejarlas si están colocadas convenientemente (ej: sobre una mesa)
- Mis síntomas me impiden levantar cargas pesadas, pero puedo manejar cargas medianas si están colocadas convenientemente
- Solo puedo levantar cargas muy livianas
- No puedo levantar o llevar ninguna carga

## ÍNDICE DE DOLOR

Por favor indique en la escala abajo el peor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas

\_\_\_\_\_

Sin dolor El peor dolor imaginable

**POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA**

## ÍNDICE DE MEJORA

Por favor indique en la escala abajo cuánta mejora ha experimentado desde el comienzo de su terapia física

\_\_\_\_\_

Ninguna mejora Recuperación total

## ■ CONDICIÓN LABORAL (solo en la última consulta, marque el que más se adecue)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Sin tiempo de trabajo perdido     | 3. <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo con modificación | 5. <input type="checkbox"/> No empleado fuera de la casa |
| 2. <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo sin restricción | 4. <input type="checkbox"/> No ha vuelto al trabajo            |  |

Días de trabajo perdidos por afección: \_\_\_\_\_ días

Soy consciente de que la información recogida en este formulario puede ser usada anónimamente para investigación o publicación.

Por favor inicial: \_\_\_\_\_