

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

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

PARARME

- Puedo pararme todo lo que quiera sin un aumento de los síntomas
- Puedo pararme todo lo que quiera, pero tengo un aumento de síntomas
- Los síntomas me impiden pararme más de 1 hora
- Los síntomas me impiden pararme más de 30 minutos
- Los síntomas me impiden pararme más de 10 minutos
- Los síntomas me impiden pararme para nada

PONERME DE CUCLILLAS

- Puedo ponerme de cuclillas sin usar mis brazos como apoyo
- Puedo ponerme de cuclillas completamente, pero con síntomas y usando mis brazos como apoyo
- Puedo ponerme de cuclillas 3/4 de mi profundidad normal, pero no completamente
- Puedo ponerme de cuclillas 1/2 de mi profundidad normal, pero menos de 3/4
- Puedo ponerme de cuclillas 1/4 de mi profundidad normal, pero menos de 1/2
- No puedo ponerme de cuclillas para nada debido a mis síntomas

SENTARME

- Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera
- Solo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 1 hora
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 1/2 hora
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 10 minutos
- Mis síntomas me impiden sentarme para nada

* Las preguntas lumbares están adaptadas de Oswestry

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. Sin tiempo de trabajo perdido 3. Vuelta al trabajo con modificación 5. No empleado fuera de la casa
2. Vuelta al trabajo sin restricción 4. 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: _____