

NAME _____

VISITA INICIAL VISITA DE ALTA

DATE _____

FORMULARIO COMPLETADO POR: CUIDADOR PACIENTE

ÍNDICE FUNCIONAL

Por favor marque UNA respuesta en cada sección que describe mejor el nivel funcional general del paciente durante la última semana. Conteste las preguntas 1 a 10 SÓLO para PT o las preguntas 1 a 14 para PT y OT.

1. MOVILIDAD EN LA CAMA

- Independiente al moverse de estar acostado a sentarse al borde de la cama
- Independiente al moverse de estar acostado a sentarse al borde de la cama usando una baranda o un equipo de adaptación
- El movimiento de estar acostado a estar sentado al borde de la cama requiere una ayuda mínima de otra persona
- El movimiento de estar acostado a estar sentado al borde de la cama requiere una ayuda moderada de otra persona
- El movimiento de estar acostado a estar sentado al borde de la cama requiere una ayuda máxima de otra persona
- Dependiente en todos los aspectos para moverse de estar acostado a estar sentado al borde de la cama

2. TRASLADOS

- Independiente en los traslados a todas las superficies
- Independiente en traslados con dispositivos de ayuda, preparación o supervisión
- Traslados con ayuda leve o mínima de otra persona
- Traslados con ayuda moderada de otra persona
- Traslados con ayuda fuerte o máxima de otra persona
- Dependiente de asistencia de una o dos personas necesarias para traslados

3. CAMINAR

- Camina de forma independiente y segura en todo tipo de terreno
- Camina independientemente con un dispositivo de ayuda (muletas, bastón, andador) en todo terreno
- El caminar requiere ayuda manual leve a mínima con o sin un dispositivo
- El caminar requiere ayuda manual moderada con o sin un dispositivo
- El caminar requiere ayuda manual fuerte máxima con o sin un dispositivo
- No puede caminar

4. ESCALERAS

- Puede manejar escaleras independientemente sin ningún tipo de apoyo o pasamano
- Puede manejar escaleras independientemente, con pasamano, muletas o bastón
- Sólo puede manejar escaleras con ayuda manual mínima
- Sólo puede manejar escaleras con ayuda manual moderada
- Sólo puede manejar escaleras con ayuda manual máxima
- No puede manejar escaleras

5. EQUILIBRIO / PARARSE

- Puede pararse independientemente sin apoyo para todas las actividades
- Puede pararse independientemente con apoyo o usando un dispositivo de ayuda para todas las actividades
- Requiere un apoyo mínimo o leve para pararse durante una actividad y/o ha tenido caídas ocasionales
- Requiere un apoyo moderado para pararse durante una actividad y/o ha tenido caídas frecuentes
- Requiere un apoyo máximo para pararse aun durante períodos de tiempo breves
- No puede pararse

6. LLEVAR COSAS

- Puede llevar cualquier peso independientemente
- Puede llevar pesos moderados independientemente
- Puede llevar pesos leves independientemente
- Puede llevar pesos leves con equipo de ayuda
- Puede llevar pesos leves con ayuda de otra persona
- No puede llevar nada

7. LLEGAR A COSAS

- Puede llegar a un estante alto para colocar un objeto tanto con el brazo derecho como el izquierdo
- Puede llegar a un estante alto para colocar un objeto sólo con uno de los dos brazos
- Puede llegar a un estante alto para colocar un objeto sólo sosteniéndose para apoyarse
- No puede llegar a un estante alto pero puede colocar un objeto en un estante a la altura del pecho
- Puede llegar a la altura de un mostrador para colocar un objeto
- No puede llegar con el brazo por arriba del nivel de la cintura

8. RESISTENCIA

- La resistencia no limita ninguna actividad
- Con planificación, la resistencia no limita la actividad
- Son necesarios períodos de descanso para completar actividades comunitarias
- Son necesarios períodos de descanso para completar actividades del hogar
- Son necesarios períodos ocasionales de descanso para completar una única actividad
- Son necesarios períodos frecuentes de descanso para completar una única actividad

9. TRABAJO / TAREAS DEL HOGAR

- Puede trabajar en el hogar o en el trabajo independientemente
- La capacidad de trabajar en el hogar o en el trabajo está limitada por la resistencia o la condición física
- Puede trabajar en el hogar o en el trabajo sólo con modificación o equipo de adaptación
- Puede trabajar en el hogar con ayuda mínima de otros
- Puede trabajar en el hogar con ayuda moderada de otros
- No puede hacer ningún trabajo en el hogar

10. COMPRENSIÓN DE INDICACIONES O CONVERSACIÓN

- Puede seguir instrucciones y conversaciones complejas o abstractas
- Puede seguir consistentemente instrucciones y conversaciones básicas
- Puede seguir instrucciones y conversaciones pero requiere ocasionales indicaciones verbales, visuales o físicas.
- Puede seguir instrucciones y conversaciones pero requiere indicaciones verbales, visuales o físicas la mayor parte del tiempo
- Puede seguir instrucciones y conversaciones pero requiere indicaciones verbales, visuales o físicas todo el tiempo
- No puede seguir instrucciones o conversaciones aun con indicaciones

PARA PACIENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL: *Por favor contesten las preguntas 11 a 14*

11. CUIDADO PERSONAL (*bañarse, asearse*)

- Independiente y seguro en todo el cuidado personal
- Independiente en el cuidado personal con tiempo adicional
- Independiente en el cuidado personal con preparación o equipo de adaptación
- Puede realizar tareas de cuidado personal con mínima ayuda de otra persona
- Puede realizar tareas de cuidado personal con moderada ayuda de otra persona
- Puede realizar tareas de cuidado personal con máxima ayuda de otra persona

12. VESTIRSE: CUERPO SUPERIOR

- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior independientemente
- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior independientemente con tiempo adicional
- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior con equipo de adaptación o preparación
- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior con ayuda mínima de otra persona
- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior con ayuda moderada de otra persona
- Puede vestir y desvestir el cuerpo superior con ayuda máxima de otra persona

13. VESTIRSE: CUERPO INFERIOR

- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior independientemente
- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior independientemente con tiempo adicional
- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior con equipo de adaptación o preparación
- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior con ayuda mínima de otra persona
- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior con ayuda moderada de otra persona
- Puede vestir y desvestir el cuerpo inferior con ayuda máxima de otra persona

14. COMER

- Puede alimentarse independientemente
- Puede alimentarse independientemente con tiempo adicional
- Puede alimentarse independientemente con preparación o equipo de adaptación
- Puede alimentarse con ayuda mínima
- Puede alimentarse con ayuda moderada
- Puede alimentarse con ayuda máxima

AGUDEZA

(Contestar en la visita inicial.)

¿Hace cuántos días ocurrió el comienzo/lesión? _____ días

POR FAVOR NO COMPLETE LAS SIGUIENTES SECCIONES EN LA PRIMERA VISITA

ÍNDICE DE DOLOR

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

Sin dolor El peor dolor imaginable

ÍNDICE DE MEJORA

Por favor indique la mejora que usted ha tenido desde el principio de su tratamiento de terapia física en la escala abajo

Sin mejora Recuperación total

■ CONDICIÓN DE TRABAJO (*marque el que mejor describa la condición*)

- 1. Sin tiempo de trabajo perdido
- 2. Vuelta al trabajo sin restricción
- 3. Vuelta al trabajo con modificación
- 4. No ha vuelto al trabajo
- 5. No empleado fuera del hogar

Días perdidos debido a la condición: _____ días

Soy consciente de que la información recogida en este formulario podrá ser usado anónimamente para investigación o publicación. Por favor inicial: _____