

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

**HABLAR**

- Puedo hablar sin un aumento de síntomas
- Puedo hablar todo lo que quiera son síntomas leves en mi mandíbula
- Puedo hablar todo lo que quiera con síntomas moderados en mi mandíbula
- No puedo hablar todo lo que quiera por los síntomas moderados en mi mandíbula
- Apenas puedo hablar por los síntomas severos en mi mandíbula
- No puedo hablar para nada

**COMER**

- Puedo comer todo lo que quiera sin síntomas
- Puedo comer todo lo que quiera, pero me da síntomas adicionales
- Los síntomas me impiden comer la comida común, pero puedo manejarlo si evito comidas sólidas
- Los síntomas me impiden masticar comidas que no sean blandas
- Puedo masticar comidas blandas ocasionalmente, pero me atengo principalmente a una dieta líquida
- No puedo masticar para nada y mantengo una dieta líquida

**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

## 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: \_\_\_\_\_