

NAME _____
 DATE _____ VISITA INICIAL VISITA DE ALTA

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

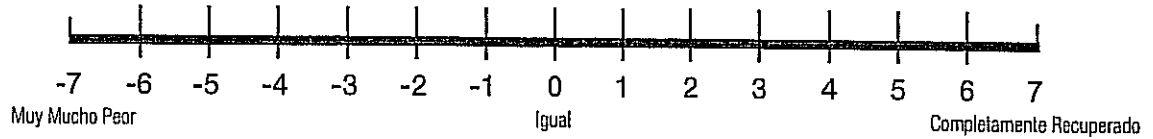
Sin dolor

El peor dolor imaginable

POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA

CALIFICACIÓN GLOBAL DE CAMBIO

¿Con respecto a la razón usted buscó tratamiento, cómo está usted ahora comparando a su primer tratamiento en nuestra clínica?
(Circule uno)



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: _____