

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

LLEVAR COSAS

- Puedo llevar cargas pesadas sin aumento de los síntomas
- Puedo llevar cargas pesadas con algún aumento de los síntomas
- No puedo llevar cargas pesadas encima de mi cabeza, pero puedo manejarlas si están cerca de mi tronco
- No puedo llevar cargas pesadas, pero puedo manejar cargas livianas a medias si están cerca de mi tronco
- Puedo llevar cargas muy livianas con algún aumento de los síntomas
- No puedo levantar o llevar nada

VESTIRME

- Puedo ponerme una camisa o una blusa sin síntomas
- Puedo ponerme una camisa o una blusa con algún aumento de síntomas
- Me duele cuando me pongo una camisa o una blusa lentamente y con cuidado
- Necesito alguna ayuda, pero logro ponerme una camisa o una blusa en su mayor parte
- Necesito ayuda en la mayoría de los aspectos de ponerme una camisa o una blusa
- No puedo ponerme una camisa o una blusa

ALCANZAR COSAS

- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía sin un aumento de los síntomas
- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía con algún aumento de los síntomas
- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía con un aumento moderado de los síntomas
- No puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía, pero puedo alcanzar un estante más bajo sin un aumento de los síntomas
- No puedo alcanzar un estante más bajo sin un aumento de los síntomas, pero puedo alcanzar la altura de un mostrador para colocar una taza vacía
- No puedo levantar mi mano por sobre la altura de mi cintura sin un aumento de los síntomas

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

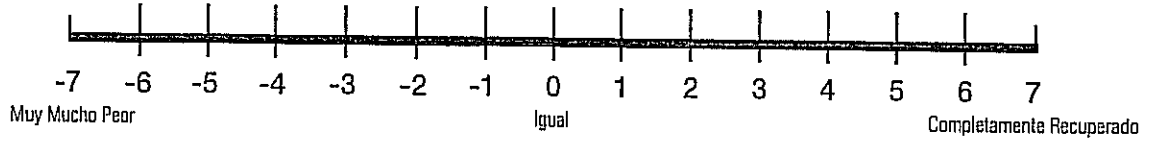
Por favor indique en la escala abajo el peor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas



POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA

CALIFICACION 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. <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 iniciala: _____