

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

ESCALERAS

- Puedo subir las escaleras cómodamente, sin un pasamanos
- Puedo subir las escaleras cómodamente, pero con unas muletas, bastón o pasamanos
- Puedo subir más de un tramo de escaleras, pero con un aumento de los síntomas
- Puedo subir menos de un tramo de escaleras
- Puedo subir solo un único escalón o cordón de la vereda
- No puedo manejar siquiera un escalón o cordón de la vereda

TERRENO DESPAREJO

- Puedo caminar normalmente sobre terreno desperejo sin perder el equilibrio o usar un bastón o muletas
- Puedo caminar sobre terreno desperejo, pero con pérdida de equilibrio o usando un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo sin usar un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo aun cuando use un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo y necesito ayuda física para lograrlo

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

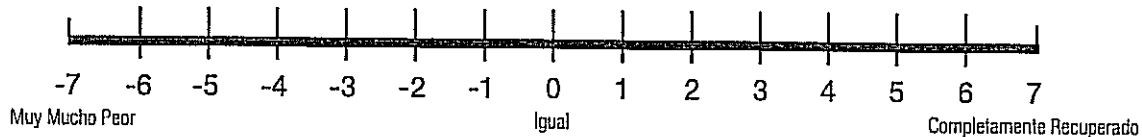
Sin dolor

El peor dolor imaginable

POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA

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. 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 de la casa
- 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: _____