

Date: / /

Patient Age:

Patient Label Must Be Placed Neatly
Inside This Box to Scan

First Visit Intermediate Visit Last Visit



ESCALA DE LA FUNCIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Nos interesa saber si debido al problema en su extremidad inferior y por el cual busca atención, presenta dificultades para realizar las siguientes actividades. Por favor proporciónenos una respuesta para cada una de las actividades enumeradas a continuación:

El día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad al realizar alguna de las siguientes actividades:		Dificultad extrema o incapaz de realizar la actividad	Mucha dificultad	Dificultad moderada	Un poco de dificultad	Sin dificultad
1.	Alguna parte de su trabajo habitual, quehaceres domésticos, o escolares.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2.	Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3.	Entrar o salir de la tina.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4.	Caminar de una habitación a otra.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5.	Ponerse los zapatos o medias.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6.	Ponerse en cuclillas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7.	Levantar un objeto del piso, p.ej. una bolsa de compras de supermercado.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8.	Realizar actividades livianas en su casa.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9.	Realizar actividades pesadas en su casa.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10.	Subirse o bajarse del automóvil.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11.	Caminar dos cuadras.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12.	Caminar una milla.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13.	Subir o bajar 10 peldaños de una escalera. (aprox. 1 piso)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14.	Estar parado por una hora.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15.	Estar sentado por una hora.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16.	Correr sobre terreno plano.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17.	Correr sobre terreno desnivelado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18.	Dar vuelta aguda al correr rápidamente.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19.	Saltar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20.	Voltearse en la cama	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Para uso exclusivo del terapeuta

Column Totals: _____

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points SCORE: ____ / 80

(Continued on Other side)

34080



Para uso exclusivo
del terapeuta

Employee ID

--	--	--	--	--

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

Para uso exclusivo
del terapeuta

ICD-9 Code

--	--	--	--	--

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

