

NOMBRE _____

- Visita Inicial
 Visita de Alta

FECHA _____

ÍNDICE FUNCIONAL

PARTE I: *Conteste las diez secciones de la Parte I. Escoja la respuesta única en cada sección que describe mejor cómo usted pudo llevar a cabo actividades cotidianas durante la semana pasada.*

TRABAJO

(Se aplica al trabajo dentro y fuera de la casa)

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera
- Sólo 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, arreglo personal, 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 alterado de 1 a 2 horas
- Mi sueño está alterado de 2 a 3 horas
- Mi sueño está alterado de 3 a 5 horas
- Mi sueño está completamente alterado (de 5 a 7 horas sin dormir)

RECREACIÓN/DEPORTE

(Indique el deporte, si corresponde _____)

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas habituales sin un aumento de los síntomas
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algún aumento de los síntomas
- Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por el aumento de los síntomas
- Puedo participar en pocas de mis actividades recreativas habituales debido al aumento de los síntomas
- Apenas puedo hacer alguna actividad recreativa debido al aumento de los síntomas
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa

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
- 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
- No puedo alcanzar nada

LEVANTAR COSAS

- Puedo levantar cargas pesadas sin dificultad
- Puedo levantar cargas pesadas pero me causa un dolor adicional
- No puedo levantar cargas pesadas sobre mi cabeza, pero puedo manejarlas si están puestas sobre una mesa
- Puedo levantar cargas de livianas a medias si están ubicadas convenientemente
- Sólo puedo levantar cargas muy livianas
- No puedo levantar o llevar ninguna carga con la mano involucrada

LLEVAR COSAS

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

MANEJAR

- Puedo manejar sin dificultad
- Puedo manejar mi coche todo lo que quiera con un dolor leve
- Estoy limitado a usar una sola mano, pero puedo manejar las distancias necesarias
- Puedo manejar todo lo que quiero con un dolor moderado
- Puedo manejar sólo distancias limitadas por el dolor severo o el uso limitado de la mano
- No puedo manejar mi coche para nada

DESTREZA

- No tengo dificultad para realizar tareas que requieren manipulación delicada
- Experimento una ligera incomodidad, rigidez o inflamación con tareas habituales
- Realizo tareas a un ritmo más lento, o la actividad en ocasiones está limitada por los síntomas
- Realizo tareas a un ritmo más lento y frecuentemente me veo limitado por los síntomas, rigidez o incomodidad
- Tolero sólo las tareas más livianas y manejo objetos infrecuentemente
- No puedo realizar tareas de manipulación delicada

ESCRITURA

- Puedo escribir el tiempo que quiera sin síntomas
- Puedo escribir el tiempo que quiera con equipo o mecanismo adaptable
- Puedo escribir con alguna dificultad o limitación
- Tengo mucha dificultad para escribir y me veo limitado frecuentemente
- Solo puedo escribir mi nombre
- No puedo tolerar escribir para nada

AGUDEZA

(contestar en la visita inicial)

¿Hace cuántos días apareció/comenzó la lesión? _____ días

ÍNDICE DE DOLOR

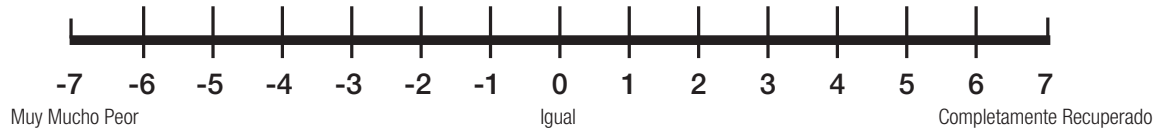
Por favor indique en la escala abajo el peor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas



POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA

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 inicie: _____