

NOMBRE \_\_\_\_\_

- Visita inicial
- Visita de alta

FECHA \_\_\_\_\_

- Cervical/torácico (C,D)
- Lumbar (D,F)
- TMJ (C,E)

**Parte II:** *Escoja aquella respuesta que mejor describe su condición en las secciones designadas por su terapeuta*

**AREA DEL PROBLEMA:** *(favor de marcar uno):*

- Extremidad superior (A,D)
- Extremidad inferior (B,F)

**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

**A. EXTREMIDAD SUPERIOR**

**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

**B. EXTREMIDAD INFERIOR**

**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
- No puedo caminar sobre terreno desperejo

**C. CERVICAL/TMJ****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

**D. LUMBAR/CERVICAL/EXTREMIDAD SUPERIOR****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

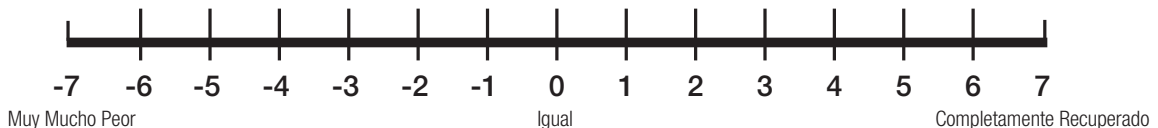


**POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA**

**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
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: \_\_\_\_\_

**E. TMJ****HABLAR**

- Puedo hablar sin un aumento de síntomas
- Puedo hablar todo lo que quiera son síntomas leves en mi mandíbula
- Puedo hablar todo lo que quiera con síntomas moderados en mi mandíbula
- No puedo hablar todo lo que quiera por los síntomas moderados en mi mandíbula
- Apenas puedo hablar por los síntomas severos en mi mandíbula
- No puedo hablar para nada

**COMER**

- Puedo comer todo lo que quiera sin síntomas
- Puedo comer todo lo que quiera, pero me da síntomas adicionales
- Los síntomas me impiden comer la comida común, pero puedo manejarlo si evito comidas sólidas
- Los síntomas me impiden masticar comidas que no sean blandas
- Puedo masticar comidas blandas ocasionalmente, pero me atengo principalmente a una dieta líquida
- No puedo masticar para nada y mantengo una dieta líquida

**F. LUMBAR\*/EXTREMIDAD INFERIOR****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