

FORMULARIO DE GUIÓN RÁPIDO
 DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

Gracias por completar este reporte de paciente cuestionario. Tus respuestas ayudan a tu proveedor determinar la mejor opción y tratamiento para ver su progreso sobre el tiempo. Por favor conteste cada pregunta incluida en este formulario.
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

¿Has tenido cirugía por este problema antes de recibir terapia física? Sí No

Puntuación de dolor: sobre las 24 horas, que mal ha estado su dolor?
 Circule el número que mejor representa su dolor.

No Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **peor dolor imaginable**

Calificar las habilidades para las siguientes actividades en la semana:
 Para cada fila, marca una en la que más describa su condición actual.

	Dificultad extrema O no puede hacerlo	Bastante dificultad:	Dificultad moderado	Un poco de dificultad	No dificultad
1. Abrir un frasco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hacer limpieza en mi casa (lavar paredes, lavar el piso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cargar una bolsa de mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavar su espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Usar un cuchillo para cortar La comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Actividades (golf, martilleo, tenis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO DE GUIÓN RÁPIDO
DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

7. Durante la última semana, ha cual medida su problema de brazo, hombro, o mano ha interferido con sus actividades Sociales normales con su familia, Amigos, Vecinos O grupos

	Para nada	Levemente	Moderado	Bastante	Extremadamente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante la semana pasada estuvo limitado en su trabajo De otras actividades diarias Regulares como resultado de Su problema en el brazo, hombro O mano

	No limitado	Ligeramente Limitado	Moderado Limitado	Muy Limitado	Incapaz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO DE GUIÓN RÁPIDO
DISCAPACIDADES DEL BRAZO, HOMBRO Y MANO

Califique la gravedad de los siguientes síntomas en la última semana:

Para cada fila, marca una en la que más describa su condición actual.

9. Brazo, hombro, o dolor de mano	Ninguno	leve	Moderado	Severo	extremo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hormigueo en su brazo, hombro o mano	Ninguno	leve	Moderado	Severo	extremo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durante la última semana, Cuánta dificultad Ha tenido para dormir por el dolor de su brazo, Hombro o mano?	Ninguno	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severo	Mucha dificultad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>