**FOTO Patient Intake Survey**

**Arm/Hand**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Masculino/Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Terapista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parte de el cuerpo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de aseguransa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de encuesta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Estamos interesados en como se siente realisando sus actividades normales de cada dia. Esta informacion nos va a ayudar a cuidar mejor de su lastimadura. Porfavor conteste las preguntas vasadas en el problema por el cual esta reciviendo tratamiento. Si no a realisado alguna de las actividades porfavor trate de escoger la major respuesta si es que fuera a intentar la actividad.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ahora usando su mano afectada, puede realisar las sigientes actividades?** | **No puedo** | **Con severa dificultad** | **Con dificultad moderada** | **Con poca dificultad** | **Sin ninguna dificultad** |
| **1.Ponerse un sueter con capucha?** |  |  |  |  |  |
| **2. Darle buelta a una llave?** |  |  |  |  |  |
| **3. Cargar una maleta pequeńa?** |  |  |  |  |  |
| **4. Lavarse la espalda?** |  |  |  |  |  |
| **5. Cargar un bolsa del supermercado?** |  |  |  |  |  |
| **6. Hacer limpieza pesada en casa?** |  |  |  |  |  |
| **7. Lavar la ropa, doblar y planchar?** |  |  |  |  |  |
| **8. Abotonarse la camisa/sueter?** |  |  |  |  |  |
| **9. Habrir un frasco Nuevo de vidrio?** |  |  |  |  |  |
| **10. Habrir puertas?** |  |  |  |  |  |

**Favor de circular la major respuesta**

**11. Cuanto dolor a tenido en las ultimas 24 HORAS?** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**12. Cuantas sirugias a tenido para su lastimadura?** Ninguna 1 2 3 4+

**13. Hace cuanto empeso la lastimadura?** 0-7 dias 8-14 dias 15-21 dias 91 dias-6 mese 6 meses +

**14. Esta tomando alguna medicina de reseta para su lastimadura?** Si No

**15. A recibido terapias para esta lastimadura antes?** Si No

**16. Que tan frecuente realisaba 20 min.** 3 veces a la semana 2 veces a la semana Raro o nunca

 **o mas de actividad phisica como: correr,**

**caminar o ciclismo, antes de su lastimadura?**