

LEFS FORMULA  
**ESCALA FUNCIONAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES**

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**

**Hoy, Has tenido o tendrás dificultad con alguno de estos:**

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
<b>1. Cualquiera de sus trabajos o Actividades de casa o escuela.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Tus actividades, recreativo O actividades deportivas.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Entrando o saliendo de Su tina.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Caminando de cuarto a cuarto.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEFS FORMULA  
 ESCALA FUNCIONAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

	Dificultad extrema O no puede hacerlo	Bastante dificultad	Dificultad moderado	Un poco de dificultad	No dificultad
5. Ponerse los zapatos o los calcetines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En cucullas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Levantando un objeto Como una bolsa de mercado del pizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Realizando actividades ligeras en su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Realizando actividades Pesadas en su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entrando o saliendo de un carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. caminando dos cuadras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Caminando una milla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Subiendo o bajando de las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estar parada por una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEFS FORMULA

ESCALA FUNCIONAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

	Dificultad extrema O no puede hacerlo	Bastante dificultad	Dificultad moderado	Un poco de dificultad	No dificultad
15. Sentada por una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Corriendo en el terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Corriendo en el terreno desnivelado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haciendo giros cerrados Mientes corres rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Saltando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rodando en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>