

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
<b>1. Abrir un frasco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Hacer limpieza en mi casa (lavar paredes, lavar el piso)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Cargar una bolsa de mercado</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Lavar su espalda</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Usar un cuchillo para cortar La comida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Actividades (golf, martilleo, tenis)</b>	<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"/>				

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"/>				

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.

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

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