KOS FORMULARIO

SUPERVIVIENDA DEL RESULTADO DE LA RODILLA

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**

Has tenido dificultad en estas siguientes actividades en la última semana:
Para cada fila, marca una en la que más describa su condición actual.

	No tengo este Síntoma	Yo tengo el síntoma pero no me afecta mi actividades	El síntoma me afecta mis Actividades levemente	El síntoma me afecta moderadamente	El síntoma me afecta Severamente	El síntoma me previene de mis actividades
1.Dolor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tieso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hinchazón	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.La rodilla se mueve	☐	☐	☐	☐	☐	☐

KOS FORMULARIO

SUPERVIVIENDA DEL RESULTADO DE LA RODILLA

	Actividad no es difícil	Actividad no es tan difícil	Actividad es algo difícil	Actividades es bastante difícil	Actividad es muy difícil	Yo no puedo hacer la actividad
5.Develidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.Cojeando	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.Caminar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.Subir las Escaleras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Bajar las Escaleras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Parada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.Arrodillarse sobre la rodilla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.Cuclillas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.Sentarse con la rodilla Doblado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.Levantarse de una silla	☐	☐	☐	☐	☐	☐