

nombre: _____

acct: _____

___ EVALUACIÓN

___ RECERTIFICACIÓN

___ ALTA

Índice funcional de las extremidades superiores

Nos interesa saber si usted tiene alguna dificultad para realizar las actividades que se mencionan a continuación como consecuencia de su problema en las extremidades superiores, motivo por el cual está buscando atención.

Sírvase dar una respuesta a cada actividad.

Hoy, ¿tiene o tendría alguna dificultad con las siguientes actividades? (Marque con un círculo un número en cada línea)

Actividades	Dificultad extrema o incapacidad para realizar la actividad	Cierto grado de dificultad	Dificultad moderada	Muy poca dificultad	Sin dificultad
1. Alguna de sus actividades laborales, escolares o del hogar habituales.	0	1	2	3	4
2. Sus pasatiempos o actividades recreativas o deportivas habituales.	0	1	2	3	4
3. Levantar la bolsa del mandado hasta la cintura.	0	1	2	3	4
4. Levantar la bolsa del mandado por encima de la cabeza.	0	1	2	3	4
5. Cepillarse el pelo	0	1	2	3	4
6. Levantarse con las manos (por ej.: desde la tina o la silla)	0	1	2	3	4
7. Preparar la comida (por ej.: cortar, cocinar, pelar)	0	1	2	3	4
8. Conducir	0	1	2	3	4
9. Pasar la aspiradora, barrer o rastrillar	0	1	2	3	4
10. Vestirse	0	1	2	3	4
11. Abrocharse los botones	0	1	2	3	4
12. Utilizar herramientas o artefactos	0	1	2	3	4
13. Abrir puertas	0	1	2	3	4
14. Limpiar	0	1	2	3	4
15. Atarse los cordones o zapatos	0	1	2	3	4
16. Dormir	0	1	2	3	4
17. Lavar ropa (por ej.: lavar, planchar, doblar)	0	1	2	3	4
18. Abrir una lata	0	1	2	3	4
19. Lanzar una pelota	0	1	2	3	4
20. Llevar una valija pequeña con la extremidad afectada	0	1	2	3	4
Totales de la columna					

Total = _____ /80

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Nivel mínimo de cambio detectable (90% de confianza): 9 puntos

PATIENT/LABEL