

## Medida de la Capacidad del Pie y el Tobillo (FAAM)

### Subescala de Actividades de la Vida Diaria

Por favor conteste cada pregunta con una respuesta que describa mejor su condición durante la última semana.

Si la actividad en cuestión está limitada por algo que no sea su pie o tobillo, marque "No Aplica" (N/A)

[illegible]

## Medida de la Capacidad del Pie y el Tobillo (FAAM)

Subescala de Actividades de la Vida Diaria

Página 2

Debido a su pie y tobillo, ¿cuánta dificultad tiene con:

	Ninguna Dificultad en absoluto	Leve Dificultad	Dificultad Moderada	Dificultad Extrema	Incapaz de Hacer	N/A
Responsabilidades del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo ligero a moderado (de pie, caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo pesado (empujar/tirar, trepar, cargar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo calificaría su nivel actual de función durante sus actividades habituales de la vida diaria de 0 a 100, siendo 100 su nivel de función antes de su problema de pie o tobillo y 0 la incapacidad para realizar cualquiera de sus actividades diarias habituales?

\_\_\_ . 0%

## Medida de la Capacidad del Pie y el Tobillo (FAAM)

### Subescala de Deportes

Debido a su pie y tobillo, ¿cuánta dificultad tiene con:

	Ninguna Dificultad en absoluto	Leve Dificultad	Dificultad Moderada	Dificultad Extrema	Incapaz de Hacer	N/A
Corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aterrizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrancar y para rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento de corte/laterales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para realizar actividad con su técnica habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para participar en el deporte que desee todo el tiempo que desee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo calificaría su nivel actual de función durante sus actividades relacionadas con el deporte de 0 a 100, siendo 100 su nivel de función antes de su problema del pie o tobillo y 0 la incapacidad para realizar cualquiera de sus actividades diarias habituales?

\_\_\_ . 0%

En general, ¿cómo calificaría su nivel actual de funciones?

☐ Normal    ☐ Casi Normal    ☐ Anormal    ☐ Severamente Anormal