

Name:
Birthdate:

¿Como puede Apos comenzar a mejorar tu vida?

¿Qué actividades no puede realizar o con las que tiene dificultades como resultado de su problema/diagnóstico actual?

1. Centrarse en su principal área de dolor:

(Califique su capacidad para realizar ; sus actividades en la última semana de 0 - 10: 0 = ningún problema, 10 = no puedo realizar nada)

☐ **Caminando** Califica tu habilidad sobre 10: _____ al caminar más de _____

☐ **Escaleras Ascendentes** Califica tu habilidad para subir escaleras sobre 10: _____ después _____

☐ **Bajando Escaleras** Califica tu habilidad para bajar escaleras sobre 10: _____ después _____

☐ **De pie** Califica tu habilidad al pararte, sobre 10: _____ después _____

☐ **Sentado** Valora nuestra habilidad al sentarnos, sobre 10: _____ después _____

☐ **Otro:** _____ Velocidad de 10: _____ después _____

☐ **Otro:** _____ Velocidad de 10: _____ después _____

¿De más significativo a menos, qué área le molesta más (Espalda / Cadera / Rodilla / Tobillo)?

¿Mi dolor?

☐ Depende cómo lidie con el dolor

☐ Puede que no desaparezca, pero estoy listo/a para cambiar la forma en que lo manejo

☐ Solo mejorará con algún procedimiento quirúrgico o medicamento

☐ No mejora no importa lo que he intentado

2. ¿Algunos de estos reduce su dolor

☐ Doblarse hacia adelante ☐ Cambio de posición/movimiento ☐ Arqueándose hace atrás

☐ Manteniendo mi rodilla ligeramente doblada ☐ Zapatos con un poco de tacón

☐ Otro: _____

3. Plan diario:

Por la mañana mi(s) articulación (es) se sienten rígidas:

☐ Sí, se necesita _____ minutos para relajarse ☐ No

Me despierto por el dolor: ☐ Sí, sobre _____ ☐ No

Name:
Birthdate:

4. ¿Qué área (s) le afecta más con sus actividades normales?
(Marque todo lo que corresponda y marque con un círculo cada uno: Izquierdo / Derecho / Ambos lados / Medio de la espalda)

☐ Principalmente en la parte delantera de la rodilla
(Izquierdo / Derecho / Ambos)
☐ Parte interna de la rodilla
(Izquierdo / Derecho / Ambos)
☐ Parte externa de la rodilla
(Izquierdo / Derecho / Ambos)
☐ Detrás de la rodilla/pierna
(Izquierdo / Derecho / Ambos)

☐ Espalda baja
(Izquierdo / Derecho / Medio)
☐ Ingle/cadera
(Izquierdo / Derecho / Ambos)
☐ Tobillo (Izquierdo / Derecho / Ambos)
☐ Otro: _____

5. ¿Qué tratamientos ha tenido para el dolor? (Check all that apply)

☐ Ninguno ☐ Terapia Física ☐ Acupuntura
☐ Inyecciones de esteroides (fecha del último: ____/____/20____)
☐ Otro inyecciones (fecha del último: ____/____/20____)
☐ Otro: _____

6. ¿Ha tenido otras lesiones importantes o cirugías en la parte baja de la espalda y/o en la parte inferior del cuerpo?

☐ Sí, por favor describa: _____
☐ No

¿Ha tenido una resonancia magnética/tomografía computarizada/rayos X en el pasado?

☐ Sí ☐ No

Si es así, diagnóstico: ☐ Osteoartritis ☐ Rotura de menisco ☐ Otro: _____

7. ¿Tiene alguna otra condición diagnosticada?

☐ Tiroides ☐ Alta Presión Sanguínea ☐ Enfermedades Del Corazón ☐ Condiciones Pulmonares
☐ Artritis Reumatoide ☐ Epilepsia ☐ Asma ☐ Diabetes
☐ Historia Del Cáncer ☐ Osteoporosis (baja densidad ósea) ☐ No
☐ Otro: _____

Medicación actual: _____
Antecedentes subjetivos/Antecedentes medicos pasados: Tuvo síntomas durante
aproximadamente: _____ meses / años (circule uno)

Name:
Birthdate:

Si la velocidad es > 80 cm/seg, usar el juicio clínico para determinar si se requiere una prueba de equilibrio.
Si la velocidad < 80 cm/seg realice una de las pruebas de equilibrio a continuación:

AposHealth® Prueba de equilibrio

Soporte de una sola pierna (≥8 seg pasar)

Dr_____ segundos Iz_____ segundos

Tándem (≥10 sec pass)

Dr_____ segundos Iz_____ segundos

TUG (Promedio. 3 es ≤ 12 segundos):

Velocidad en Apos:

Date:					Normal Values
Velocity					≥ 110 cm/sec
L Step Length					≥ 55 cm/sec
R Step Length					
Step Diff.					≤ 1.5 cm
L SLS					38.5% – 40.5%
R SLS					
SLS Diff.					≤ 1.5%

Dolor al caminar descalzo: /10
Ubicación del dolor:

Tamaño de la vaina	Convexidad de la vaina	Localización primaria y secundaria del dolor Posición de la vaina del talón	Plano/PF/DF
85 todo por el tamaño < 43	Severo – A ASF ≤ 35 Velocidad ≤ 80	Rodilla • 1 línea hacia el tejido blando (rótula/tendón, ligamentos, músculos) • 1 línea de distancia de la articulación o el menisco	Empezar en posición plana
95 todo por el tamaño ≥ 43	Moderado – B ASF 36 - 60 Velocidad 81-109	OA de espalda/cadera • 2 líneas posterior	Empezar en posición plana
	Leve – C ASF ≥ 61 Velocidad ≥ 110	Tobillo • as1 línea hacia el tejido blando (tendon, ligamentos) • 1 línea de distancia de articulación talocrural/subtalar	Empieze en PF • Cuando se trata de la parte baja de la espalda, manténgase en posición plana

Left	Right

Ubicación del dolor	Posición del talon o de la punta del pie	Plano/PF/DF
Rodilla *Regla de longitud de paso	Dolor cuando baja el talón: Cápsula de talón • Regla de oro: hacia el tejido blando, lejos de la estructura que soporta el peso	Ingrese a PF según sea necesario • TF para el dolor en cualquier parte posterior de la pierna • Si la parte baja de la espalda está involucrada y prefiere PF, manténgase en posición plana
Espalda	Dolor al empujar: Vaina del dedo del pie • Trate de moverse hacia atrás primero • Segunda regla de oro	DF or PF dependiendo de la preferencia posicional Entrar en DF • Cuando la espalda baja está involucrada y prefiere DF – permanecer en piso
OA de Cadera		
Tobillo *Regla de longitud de paso		

- ☐ Elevaciones ipsolaterales > 3% & dolor: 1x levantar del lado dolorido
☐ *Longitud del paso < 50 cm: línea posterior talón

Name:
Birthdate:

Calibración final:

Tamaño del dispositivo:

<input type="radio"/> Cordon <input type="radio"/> Velcro	Vainas Usada		Posición		Clicks (N-6)	Espaciadores	Razón Fundamental
			Cambio				
Dedo del pie izquierdo	<input type="radio"/> 85 <input type="radio"/> 95	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	Ant	Post		HS:	
			Med	Lat			
Talón izquierdo	<input type="radio"/> 85 <input type="radio"/> 95	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	Ant	Post		HS:	
			Med	Lat			
Dedo del pie derecho	<input type="radio"/> 85 <input type="radio"/> 95	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	Ant	Post		HS:	
			Med	Lat			
Talón derecho	<input type="radio"/> 85 <input type="radio"/> 95	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	Ant	Post		HS:	
			Med	Lat			
<input type="radio"/> Plano <input type="radio"/> Dorsiflexión por: <input type="radio"/> Flexión plantar por:						NPRS en dispositivos: /10	
<input type="radio"/> Elevaciones ipsolaterales: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> D							

Programa de Tratamiento:

Leve: 20 min. de caminar + 10 min. caminando semanal	Moderado: 10 min. of walking + 5 min. caminando semanal	Severo: 5 min de caminar + 1-2 min. caminando semanal
---	--	--

Firma (ATC)..... Fisioterapeuta Licenciado

Nombre: Fecha:



ProHealth & Fitness PT OT

www.ProHealthPTOT.com

T: 212.600.4781

F: 800.655.3780



APOS CHECKLIST (inclusion criteria)

DATE: ___/___/___ PATIENT: _____ SOURCE: _____

Pts primary doctor: _____ Specialist Dr. _____

YES NO

Knee and/or Back appropriate diagnoses

- List provided for each knee and/or back _____

Balance and Safety Clearance

- No significant falls risk for APOS (can pt walk ~20' inside without holding on?)

Moderate or advanced knee/back issues

- Chronic and persistent, not adequately/satisfactorily/totally controlled with conservative measures (i.e. rest, decreased activity, PT, injections)

Pain description

- Location, onset, VAS, duration, character, aggravating, relieving factors

Conservative Measures including

- Activity modification, or PT, exercise/classes, NSAIDs/meds, injections, weight loss efforts

Functional limitations – interfering with ADL

- (mobility, toileting, grooming, dressing, bathing, and eating/food prep)

What is hard to do? _____

Provide Signature

Provider Name: _____

* Answering NO to any of the requirements above, deems the patient currently ineligible to receive APOS therapy. **All must be yes to be eligible**