

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## ESCALA FUNCIONAL DE EXTREMIDADES INFERIORES – VISITA INICIAL

Califique su nivel de dolor con la actividad: SIN DOLOR = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = DOLOR MUY INTENSO

Hoy en día, ¿tienes o tendrías alguna dificultad con estas actividades?

	Dificultad extrema o No se puede Realizar <u>actividad</u>	Un rato largo <u>de Dificultad</u>	Moderado <u>Dificultad</u>	Un poco <u>de Dificultad</u>	No <u>Dificultad</u>
1. Cualquiera de sus trabajos habituales, tareas domesticas o actividades escolares	0	1	2	3	4
2. Sus pasatiempos habituales, recreativos o Actividades deportivas	0	1	2	3	4
3. Entrar o salir de la bañera	0	1	2	3	4
4. Caminar entre habitaciones	0	1	2	3	4
5. Ponerse los zapatos o los calcetines	0	1	2	3	4
6. En cuclillas	0	1	2	3	4
7. Levantar un objeto, como una bolsa de comestibles desde el suelo	0	1	2	3	4
8. Realización de actividades ligeras alrededor de tu casa	0	1	2	3	4
9. Realización de actividades pesadas alrededor de tu casa	0	1	2	3	4
10. Entrar o salir de su automóvil	0	1	2	3	4
11. Caminando 2 cuadras	0	1	2	3	4
12. Caminando una milla	0	1	2	3	4
13. Subir o bajar 10 escaleras (aproximadamente 1 tramo de escaleras)	0	1	2	3	4
14. De pie durante 1 hora	0	1	2	3	4
15. Sentado durante 1 hora	0	1	2	3	4
16. Correr en terreno llano	0	1	2	3	4
17. Correr en terrenos irregulares	0	1	2	3	4
18. Hacer giros bruscos mientras se corre rápido	0	1	2	3	4
19. Saltando	0	1	2	3	4
20. Revolcarse en la cama	0	1	2	3	4