

Nombre de paciente: _____ ID #: _____ Fecha: _____

Descripción: El propósito de esta inspección obtener información de nuestros pacientes con respecto a sus niveles actuales de molestia y capacidad. **Por favor marque las respuestas debajo que mejor se aplican.**

1. Estima por favor su nivel de dolor con actividad: Sin dolor = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Muy severo

<u>LEFS CITA PRIMERA</u>	Dificultad Extrema / Incapaz	Mucho Dificultad	Dificultad Moderada	Un poco Dificultad	Ninguna Dificultad
1. Alguna parte de su trabajo habitual, quehaceres domésticos o actividades escolares.	0	1	2	3	4
2. Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas	0	1	2	3	4
3. Entrando o saliendo de la bañera	0	1	2	3	4
4. Caminando de una habitación a otra	0	1	2	3	4
5. Poniéndose los zapatos o calcetines	0	1	2	3	4
6. Poniéndose en cuclillas	0	1	2	3	4
7. Levantando un objeto, por ejemplo, una bolsa de compras de supermercado del piso	0	1	2	3	4
8. Realizando actividades ligeras in su casa	0	1	2	3	4
9. Realizando actividades pesadas en su casa	0	1	2	3	4
10. Subiéndose o bajándose de un carro	0	1	2	3	4
11. Caminando dos cuerdas	0	1	2	3	4
12. Caminando una milla	0	1	2	3	4
13. Subiendo o bajando 10 peldaños de una escalera	0	1	2	3	4
14. Estando parado por una hora	0	1	2	3	4
15. Estando sentado por una hora	0	1	2	3	4
16. Corriendo sobre terreno plano	0	1	2	3	4
17. Corriendo sobre terreno irregular	0	1	2	3	4
18. Haciendo vueltas agudas mientras corre rápidamente	0	1	2	3	4
19. Saltando	0	1	2	3	4
20. Volteándose en la cama	0	1	2	3	4

Source: Binkley et al (1999): The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale development, measurement properties, and clinical application. Physical Therapy. 79:371-383.

USO DEL TERAPEUTA SOLO		
Comorbidities:	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Heart Condition
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure
	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Multiple Treatment Areas
	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Surgery for this Problem
		ICD9 Code: _____