

OSWESTRY LOW BACK PAIN QUESTIONNAIRE

This questionnaire has been designed to give your therapist information as to how your back pain has affected your ability to manage in every day life. Please answer every question by placing a mark in the **ONE** box that best describes your condition today.

SECTION 1: PAIN INTENSITY

- I can tolerate the pain I have without having to use pain medication.
- The pain is bad but I manage without taking pain medication.
- Pain medication provides complete relief from pain.
- Pain medication provides moderate relief from pain.
- Pain medication provides very little relief from pain.
- Pain medications have no effect on the pain.

SECTION 2: PERSONAL CARE (e.g. washing, dressing)

- I can look after myself normally without causing extra pain.
- I can look after myself normally, but it causes extra pain.
- It is painful to look after myself, and I am slow and careful.
- I need some help but manage most of my personal care.
- I need help every day in most aspects of self-care.
- I do not get dressed, wash with difficulty and stay in bed.

SECTION 3: LIFTING

- I can lift heavy weights without extra pain.
- I can lift heavy weights, but it gives me extra pain.
- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor but I can manage if they are conveniently positioned, for example, on a table.
- Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- I can lift only very light weights.
- I cannot lift or carry anything at all.

SECTION 4: WALKING

- Pain does not prevent me from walking any distance.
- Pain prevents me from walking more than 1 mile.
- Pain prevents me from walking more than 0.5 mile.
- Pain prevents me from walking more than 0.25 mile.
- I can only walk with a cane or crutches.
- I am in bed most of the time and have to crawl to the toilet.

SECTION 5: SITTING

- I can sit in any chair as long as I like.
- I can only sit in my favorite chair as long as I like.
- Pain prevents me from sitting for more than 1 hour.
- Pain prevents me from sitting for more than 0.5 hour.
- Pain prevents me from sitting for more than 10 minutes.
- Pain prevents me from sitting at all.

SECTION 6: STANDING

- I can stand as long as I want without extra pain.
- I can stand as long as I want but it gives me extra pain.
- Pain prevents me from standing more than 1 hour.
- Pain prevents me from standing more than 30 minutes.
- Pain prevents me from standing more than 10 minutes.
- Pain prevents me from standing at all.

SECTION 7: SLEEPING

- Pain does not prevent me from sleeping well.
- I can sleep well only by using pain medication.
- Even when I take pain medication, I have less than 6 hours sleep.
- Even when I take pain medication, I have less than 4 hours sleep.
- Even when I take pain medication, I have less than 2 hours sleep.
- Pain prevents me from sleeping at all.

SECTION 8: TRAVELING

- I can travel anywhere without increased pain.
- I can travel anywhere but it increases my pain.
- My pain restricts my travel to no more than 2 hours.
- My pain restricts my travel to no more than 1 hour.
- My pain restricts my travel to short, necessary trips less than 30 minutes.
- My pain prevents all travel, except for visits to my doctor, therapist or hospital.

SECTION 9: SOCIAL LIFE

- My social life is normal and gives me no extra pain.
- My social life is normal, but it increases the degree of pain.
- Pain has no significant effect on my social life apart from limiting energetic interests, such as, dancing or sports.
- Pain has restricted my social life and I do not go out as often.
- Pain has restricted my social life to my home.
- I have no social life because of pain.

SECTION 10: EMPLOYMENT/HOMEMAKING

- My normal homemaking/job activities do not cause pain.
- My normal homemaking/job activities increase my pain, but I can still perform all that is required of me.
- I can perform most of my homemaking/job duties, but pain prevents me from performing more physically stressful activities (ex. lifting, vacuuming)
- Pain prevents me from doing anything but light duties.
- Pain prevents me from doing even light duties.
- Pain prevents me from performing any job or homemaking chores.

Total Score _____

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature / ID#: _____

Date _____ Time _____

References: 1. Fairbanks JC, Pynsent PB, The Oswestry Disability Index, Spine 2000, 25(22): 2940-2952
 2. Fairbanks JCT, Cooper J, Davis JB, The Oswestry Low Back Pain Questionnaire, Physiotherapy 1980, 66: 271-273
 3. 1 mile = 1.6 km

Minimal Clinical Important Difference + 6 points (12%)
 Optimal clinical change is a 50% reduction.



OSWESTRY LOW BACK PAIN
 QUESTIONNAIRE
 English / Spanish

PATIENT LABEL



CUESTIONARIO DE DOLOR LUMBAR DE OSWESTRY

El presente cuestionario se diseñó para brindarle a su terapeuta información sobre en qué medida el dolor lumbar lo afecta en su capacidad de manejarse en las actividades cotidianas. Responda cada pregunta marcando el ÚNICO recuadro que mejor describe su estado actual.

SECCIÓN 1: INTENSIDAD DEL DOLOR

- Puedo tolerar el dolor que siento sin necesidad de tomar analgésicos.
 El dolor es intenso pero puedo tolerarlo sin tomar analgésicos.
 Los analgésicos alivian por completo el dolor.
 Los analgésicos alivian moderadamente el dolor.
 Los analgésicos alivian muy poco el dolor.
 Los analgésicos no alivian el dolor.

SECCIÓN 2: CUIDADOS PERSONALES (por ej.: bañarse, vestirse)

- Puedo ocuparme de mis cuidados personales con normalidad sin que esto me provoque más dolor.
 Puedo ocuparme de mis cuidados personales con normalidad, pero esto me provoca más dolor.
 Ocuparme de mis cuidados personales es doloroso, y me manejo con lentitud y con cuidado.
 Necesito un poco de ayuda pero me puedo ocupar de gran parte de mis cuidados personales.
 Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos para cuidar de mí mismo.
 No me visto, me baño con dificultad y permanezco en la cama.

SECCIÓN 3: LEVANTAR PESO

- Puedo levantar objetos pesados sin que aumente el dolor.
 Puedo levantar objetos pesados, pero aumenta el dolor.
 El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si están ubicados convenientemente, por ejemplo, sobre una mesa.
 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos o de peso medio si están ubicados convenientemente.
 Solamente puedo levantar objetos livianos.
 No puedo levantar ni llevar objetos de ningún tipo.

SECCIÓN 4: CAMINAR

- El dolor no me impide caminar ninguna distancia.
 El dolor me impide caminar más de 1 milla.
 El dolor me impide caminar más de 1/2 milla.
 El dolor me impide caminar más de 1/4 milla.
 Solamente puedo caminar con un bastón o con muletas.
 Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que gatear hasta el baño.

SECCIÓN 5: ESTAR SENTADO

- Puedo sentarme en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiero.
 Solamente puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiero.
 El dolor me impide estar sentado por más de 1 hora.
 El dolor me impide estar sentado por más de 1/2 hora.
 El dolor me impide estar sentado por más de 10 minutos.
 El dolor directamente me impide estar sentado.

SECCIÓN 6: ESTAR PARADO

- Puedo estar parado todo el tiempo que quiero sin que aumente el dolor.
 Puedo estar parado todo el tiempo que quiero pero aumenta el dolor.
 El dolor me impide estar parado por más de 1 hora.
 El dolor me impide estar parado por más de 30 minutos.
 El dolor me impide estar parado por más de 10 minutos.
 El dolor directamente me impide estar parado.

SECCIÓN 7: DORMIR

- El dolor no me impide dormir bien.
 Solamente duermo bien cuando tomo analgésicos.
 Incluso cuando tomo analgésicos, duermo menos de 6 horas.
 Incluso cuando tomo analgésicos, duermo menos de 4 horas.
 Incluso cuando tomo analgésicos, duermo menos de 2 horas.
 El dolor directamente me impide dormir.

SECCIÓN 8: VIAJAR

- Puedo viajar a cualquier parte sin aumento de dolor.
 Puedo viajar a cualquier parte pero aumenta el dolor.
 El dolor me limita a viajar no más de 2 horas.
 El dolor me limita a viajar no más de 1 hora.
 El dolor me limita a hacer viajes cortos y necesarios de menos de 30 minutos.
 El dolor directamente me impide viajar, excepto las visitas al médico, terapeuta u hospital.

SECCIÓN 9: VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me provoca más dolor.
 Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
 El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social, más allá de limitar actividades que requieren más energía, como bailar o hacer deporte.
 El dolor limita mi vida social y no salgo con la misma frecuencia.
 El dolor limita mi vida social a mi hogar.
 No llevo una vida social debido al dolor.

SECCIÓN 10: EMPLEO/TAREAS DEL HOGAR

- Mis actividades laborales o las tareas del hogar normales no me provocan dolor.
 Mis actividades laborales o las tareas del hogar normales aumentan mi dolor, pero aún así puedo realizarlas en su totalidad.
 Puedo realizar la mayoría de mis tareas laborales o del hogar, pero el dolor me impide realizar las actividades físicas más estresantes (por ej.: levantar pesos, pasar la aspiradora).
 El dolor me impide hacer todas las actividades, excepto las más livianas.
 El dolor me impide hacer incluso las actividades más livianas.
 El dolor directamente me impide hacer cualquier tarea laboral o del hogar.

Puntaje total _____

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Referencias: 1. Fairbanks JC, Pynsent PB, The Oswestry Disability Index, Spine 2000, 25(22): 2940-2952
2. Fairbanks JCT, Cooper J, Davis JB, The Oswestry Low Back Pain Questionnaire, Physiotherapy 1980, 66: 271-273
3. 1 milla = 1,6 km

Diferencia mínima clínicamente relevante + 6 puntos (12%)
El cambio clínico óptimo representa una reducción del 50%



PATIENT LABEL

NECK DISABILITY INDEX QUESTIONNAIRE

This questionnaire has been designed to give your therapist information as to how your neck pain has affected you in your everyday life activities. Please answer each section, marking the **ONE** box which best describes your status today.

SECTION 1: PAIN INTENSITY

- I can tolerate the pain I have without having to use pain medication.
- The pain is bad but I manage without taking pain medication.
- Pain medication provides complete relief from pain.
- Pain medication provides moderate relief from pain.
- Pain medication provides very little relief from pain.
- Pain medications have no effect on the pain.

SECTION 2: PERSONAL CARE (e.g. washing, dressing)

- I can look after myself normally without causing extra pain.
- I can look after myself normally, but it causes extra pain.
- It is painful to look after myself, and I am slow and careful.
- I need some help but manage most of my personal care.
- I need help every day in most aspects of self-care.
- I do not get dressed, wash with difficulty and stay in bed.

SECTION 3: LIFTING

- I can lift heavy weights without causing extra pain.
- I can lift heavy weights, but it gives me extra pain.
- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor but I can manage if they are conveniently positioned, for example, on a table.
- Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- I can lift only very light weights.
- I cannot lift or carry anything at all.

SECTION 4: READING

- I can read as much as I want with no pain in my neck.
- I can read as much as I want with slight pain in my neck.
- I can read as much as I want with moderate pain in my neck.
- I can't read as much as I want because of moderate pain in my neck.
- I can hardly read at all because of severe pain in my neck.
- I cannot read at all.

SECTION 5: HEADACHES

- I have no headaches at all.
- I have slight headaches which come infrequently.
- I have moderate headaches which come infrequently.
- I have moderate headaches which come frequently.
- I have severe headaches which come frequently.
- I have headaches almost all the time.

SECTION 6: CONCENTRATION

- I can concentrate fully when I want to without difficulty.
- I can concentrate fully when I want to with slight difficulty.
- I have a fair degree of difficulty in concentrating when I want to.
- I have a lot of difficulty in concentrating when I want to.
- I have a great deal of difficulty in concentrating when I want to.
- I cannot concentrate at all.

SECTION 7: WORK

- I can do as much work as I want to.
- I can only do my usual work, but no more.
- I can do most of my usual work, but no more.
- I cannot do my usual work.
- I can hardly do any work at all.
- I can't do any work at all.

SECTION 8: DRIVING

- I can drive my car without any neck pain.
- I can drive my car as long as I want with slight pain in my neck.
- I can drive my car as long as I want with moderate pain in my neck.
- I can't drive my car as long as I want because of moderate pain in my neck.
- I can hardly drive at all because of severe pain in my neck.
- I can't drive my car at all.

SECTION 9: SLEEPING

- I have no trouble sleeping.
- My sleep is slightly disturbed (less than 1 hour sleep loss).
- My sleep is mildly disturbed (1-2 hours sleep loss).
- My sleep is moderately disturbed (2-3 hours sleep loss).
- My sleep is greatly disturbed (3-5 hours sleep loss).
- My sleep is completely disturbed (5-7 hours sleep loss).

SECTION 10: RECREATION

- I am able to engage in all my recreational activities with no neck pain at all.
- I am able to engage in all my recreational activities with some pain in my neck.
- I am able to engage in most, but not all, of my usual recreational activities because of pain in my neck.
- I am able to engage in a few of my usual recreational activities because of pain in my neck.
- I can hardly do any recreational activities because of pain in my neck.
- I can't do any recreational activities at all.

Total Score _____

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature / ID#: _____

Date _____ Time _____

Adapted from and reprinted with permission, Vernon H. Mior S. The Neck Disability Index: A Study of Reliability and Validity. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 1991; 14(7): 405-415

Minimal Clinical Important Difference = 6 points (12%)
Optimal clinical change is a 50% reduction



NECK DISABILITY INDEX
QUESTIONNAIRE
English / Spanish

PATIENT/LABEL

[]



CUESTIONARIO DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD FÍSICA DEL CUELLO

El presente cuestionario se diseñó para brindarle a su terapeuta información sobre en qué medida el dolor de cuello lo afecta en sus actividades cotidianas. Responda cada sección marcando el ÚNICO recuadro que mejor describe su estado actual.

SECCIÓN 1: INTENSIDAD DEL DOLOR

- Puedo tolerar el dolor que siento sin necesidad de tomar analgésicos.
- El dolor es intenso pero puedo tolerarlo sin tomar analgésicos.
- Los analgésicos alivian por completo el dolor.
- Los analgésicos alivian moderadamente el dolor.
- Los analgésicos alivian muy poco el dolor.
- Los analgésicos no alivian el dolor.

SECCIÓN 2: CUIDADOS PERSONALES (por ej.: bañarse, vestirse)

- Puedo ocuparme de mis cuidados personales con normalidad sin que esto me provoque más dolor.
- Puedo ocuparme de mis cuidados personales con normalidad, pero esto me provoca más dolor.
- Ocuparme de mis cuidados personales es doloroso, y me manejo con lentitud y con cuidado.
- Necesito un poco de ayuda pero me puedo ocupar de gran parte de mis cuidados personales.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos para cuidar de mí mismo.

SECCIÓN 3: LEVANTAR PESO

- Puedo levantar objetos pesados sin que provoque más dolor.
- Puedo levantar objetos pesados, pero aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si están ubicados convenientemente, por ejemplo, sobre una mesa.
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos livianos o de peso medio si están ubicados convenientemente.
- Solamente puedo levantar objetos livianos.
- No puedo levantar ni llevar objetos de ningún tipo.

SECCIÓN 4: LEER

- Puedo leer todo el tiempo que quiero sin tener dolor en el cuello.
- Puedo leer todo el tiempo que quiero, pero me produce dolor leve en el cuello.
- Puedo leer todo el tiempo que quiero, pero me produce dolor moderado en el cuello.
- No puedo leer todo el tiempo que quiero debido al dolor moderado en el cuello.
- Apenas puedo leer debido al dolor intenso en el cuello.
- El dolor directamente me impide leer.

SECCIÓN 5: DOLORES DE CABEZA

- No tengo dolor de cabeza.
- Tengo dolores de cabeza leves que ocurren con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que ocurren con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que ocurren con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza intensos que ocurren con frecuencia.
- Tengo dolor de cabeza casi todo el tiempo.

SECCIÓN 6: CONCENTRACIÓN

- Me puedo concentrar por completo cuando quiero sin dificultad.
- Me puedo concentrar por completo cuando quiero con dificultades mínimas.
- Tengo cierto grado de dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Me cuesta mucho concentrarme cuando quiero.
- Casi no puedo concentrarme cuando quiero.
- El dolor directamente me impide concentrarme.

SECCIÓN 7: TRABAJAR

- Puedo trabajar todo lo que quiero.
- Solamente puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.
- Puedo hacer gran parte de mi trabajo habitual, pero no más.
- No puedo hacer mi trabajo habitual.
- Apenas puedo trabajar.
- El dolor directamente me impide trabajar.

SECCIÓN 8: CONDUCIR

- Puedo conducir mi automóvil sin dolor en el cuello.
- Puedo conducir todo el tiempo que quiero, pero me produce dolor leve en el cuello.
- Puedo conducir todo el tiempo que quiero, pero me produce dolor moderado en el cuello.
- No puedo conducir todo el tiempo que quiero porque me produce dolor moderado en el cuello.
- Apenas puedo conducir debido al dolor intenso en el cuello.
- El dolor directamente me impide conducir.

SECCIÓN 9: DORMIR

- No tengo problema para dormir.
- El dolor apenas me altera el sueño (pierdo menos de 1 hora de sueño).
- El dolor me altera ligeramente el sueño (pierdo entre 1 y 2 horas de sueño).
- El dolor me altera moderadamente el sueño (pierdo entre 2 y 3 horas de sueño).
- El dolor me altera mucho el sueño (pierdo entre 3 y 5 horas de sueño).
- El dolor me altera el sueño por completo (pierdo entre 5 y 7 horas de sueño).

SECCIÓN 10: RECREACIÓN

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas sin ningún tipo de dolor en el cuello.
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas pero con algunas molestias en el cuello.
- Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas habituales, pero no en todas debido al dolor en el cuello.
- Puedo participar en pocas de mis actividades recreativas habituales debido al dolor en el cuello.
- Apenas puedo hacer actividades recreativas debido al dolor en el cuello.
- El dolor directamente me impide hacer actividades recreativas.

Puntaje total _____

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Adaptación y reimpresión autorizadas: Vernon H. Mior, S. The Neck Disability Index: A Study of Reliability and Validity. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 1991, 14(7): 406-415.

Diferencia mínima clínicamente relevante: ± 6 puntos (12%)
El cambio clínico óptimo representa una reducción del 50%



PATIENT/LABEL

Lower Extremity Functional Index

We are interested in knowing whether you are having any difficulty at all with the activities listed below because of your lower limb problem for which you are currently seeking attention. Please provide an answer for each activity.

Today, do you or would you have any difficulty at all with: (Circle one number on each line)

Activities	Extreme Difficulty or unable to perform activity	Quite a bit of difficulty	Moderate difficulty	A little bit of difficulty	No difficulty
Any of your usual work, housework or school activities.	0	1	2	3	4
Your usual hobbies, recreational or sporting activities.	0	1	2	3	4
Getting into or out of the bath.	0	1	2	3	4
Walking between rooms.	0	1	2	3	4
Putting on your shoes or socks.	0	1	2	3	4
Squatting.	0	1	2	3	4
Lifting an object, like a bag of groceries from the floor.	0	1	2	3	4
Performing light activities around your home.	0	1	2	3	4
Performing heavy activities around your home.	0	1	2	3	4
Getting into or out of a car.	0	1	2	3	4
Walking 2 blocks.	0	1	2	3	4
Walking a mile.	0	1	2	3	4
Going up or down 10 stairs (about 1 flight of stairs).	0	1	2	3	4
Standing for 1 hour.	0	1	2	3	4
Sitting for 1 hour.	0	1	2	3	4
Running on even ground.	0	1	2	3	4
Running on uneven ground.	0	1	2	3	4
Making sharp turns while running fast.	0	1	2	3	4
Hopping.	0	1	2	3	4
Rolling over in bed.	0	1	2	3	4
Column Totals					

Total = _____ /80

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature / ID#: _____

Date _____ Time _____

Score Variation +/- 6 points

Minimal detectable change & Minimal Clinically Important Difference = 9 points



PATIENT/LABEL



Índice funcional de las extremidades inferiores

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 inferiores, 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
Alguna de sus actividades laborales, escolares o del hogar habituales.	0	1	2	3	4
Sus pasatiempos o actividades recreativas o deportivas habituales.	0	1	2	3	4
Entrar y salir de la tina.	0	1	2	3	4
Caminar de una habitación a otra.	0	1	2	3	4
Ponerse los calcetines o zapatos.	0	1	2	3	4
Posición en cuclillas.	0	1	2	3	4
Levantar un objeto del piso, tal como la bolsa del mandado.	0	1	2	3	4
Hacer actividades livianas en su hogar.	0	1	2	3	4
Hacer actividades pesadas en su hogar.	0	1	2	3	4
Subir y bajar del automóvil.	0	1	2	3	4
Caminar 2 cuadras.	0	1	2	3	4
Caminar una milla.	0	1	2	3	4
Subir o bajar 10 escalones (aproximadamente 1 tramo de escalera).	0	1	2	3	4
Estar parado 1 hora.	0	1	2	3	4
Estar sentado 1 hora.	0	1	2	3	4
Correr sobre una superficie plana.	0	1	2	3	4
Correr sobre una superficie irregular.	0	1	2	3	4
Dar vueltas repentinas mientras corre rápido.	0	1	2	3	4
Saltar.	0	1	2	3	4
Darse vuelta en la cama.	0	1	2	3	4
Totales de la columna					

Total = _____ /80

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Variación del puntaje +/- 6 puntos

Cambio mínimo detectable y diferencia mínima clínicamente relevante = 9 puntos



PATIENT/LABEL

Upper Extremity Functional Index

We are interested in knowing whether you are having any difficulty at all with the activities listed below because of your upper limb problem for which you are currently seeking attention. Please provide an answer for each activity.

Today do you or would you have any difficulty at all with: (Circle one number on each line)

Activities	Extreme Difficulty or unable to perform activity	Quite a bit of difficulty	Moderate difficulty	A little bit of difficulty	No difficulty
1. Any of your usual work, household or school activities	0	1	2	3	4
2. Your usual hobbies, sporting or recreational activities	0	1	2	3	4
3. Lifting a bag of groceries to waist level	0	1	2	3	4
4. Lifting a bag of groceries above head level	0	1	2	3	4
5. Grooming your hair	0	1	2	3	4
6. Pushing up on your hands (i.e. from bathtub or chair)	0	1	2	3	4
7. Preparing food (i.e. cutting, cooking, peeling)	0	1	2	3	4
8. Driving	0	1	2	3	4
9. Vacuuming, sweeping or raking	0	1	2	3	4
10. Dressing	0	1	2	3	4
11. Doing up buttons	0	1	2	3	4
12. Using tools or appliances	0	1	2	3	4
13. Opening doors	0	1	2	3	4
14. Cleaning	0	1	2	3	4
15. Tying shoes or lacing	0	1	2	3	4
16. Sleeping	0	1	2	3	4
17. Laundering clothes (i.e. washing, ironing, folding)	0	1	2	3	4
18. Opening a jar	0	1	2	3	4
19. Throwing a ball	0	1	2	3	4
20. Carrying a small suitcase with your affected limb	0	1	2	3	4
Column Totals					

Total = _____ 80

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature ID#: _____

Date _____ Time _____

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points



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, pelear)	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