

ESCALA FUNCIONAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: _____ FECHA: _____

Nos interesa saber si tiene alguna dificultad en las actividades que se indican a continuación debido a su problema en las extremidades inferiores por el que está buscando atención.

Hoy, ¿tiene o tendría alguna dificultad con alguna de las siguientes actividades?

Por favor, responda a cada una de las actividades que aparecen a continuación de la siguiente manera: 0 = sin dificultad, 1 = un poco de dificultad, 2 = dificultad moderada, 3 = bastante dificultad, 4 = dificultad extrema o imposibilidad de realizar la actividad.

1. Cualquiera de sus actividades habituales en el trabajo, el hogar o la escuela: _____
2. Sus aficiones habituales, actividades recreativas o deportes: _____
3. Entrar o salir de la tina: _____
4. Caminando entre habitaciones: _____
5. Ponerse los zapatos o los calcetines: _____
6. Para agacharse: _____
7. Levantar un objeto, como una bolsa de la compra, del suelo: _____
8. Haciendo actividades ligeras en el hogar: _____
9. Realizar actividades pesadas en su casa: _____
10. Subirse o bajarse de un coche: _____
11. Caminando 2 cuerdas: _____
12. Caminar una milla: _____
13. Subirse o bajarse 10 escaleras (aproximadamente 1 tramo de escaleras): _____
14. Estar de pie por 1 hora: _____
15. Sentado por 1 hora _____
16. Corriendo en terreno llano: _____
17. Corriendo en terreno irregular: _____
18. Hacer giros bruscos mientras se corre rápido: _____
19. Saltando: _____
20. Voltearse en la cama : _____