

Web Outcome LEFS - Initial – Spanish

Nombre del Paciente: _____ ID #: _____ Fecha: _____

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

1. Por favor estime su nivel de dolor con actividad: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

LEFS – LA PRIMER VISITA	Dificultad Extrema / Incapaz	Mucha Dificultad	Dificultad Moderada	Poca 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 un cuarto a otro	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, como una bolsa del supermercado del piso	0	1	2	3	4
8. Haciendo actividades livianas en su casa	0	1	2	3	4
9. Haciendo 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 escalones	0	1	2	3	4
14. Pararse por una hora	0	1	2	3	4
15. Sentarse 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. Dándose vuelta rápidamente mientras corre	0	1	2	3	4
19. Saltando	0	1	2	3	4
20. Volteándose en la cama	0	1	2	3	4

SOLO PARA USO DEL TERAPISTA	
Comorbidities:	ICD9 Code: _____
<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