

Web Outcome LEFS - Follow Up and Discharge –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**

2. ¿Qué satisfecho está con el nivel de atención y servicio dado?

Muy Satisfecho / Satisfecho / Insatisfecho / Muy Insatisfecho

3. Por favor estime su progreso con actividades funcionales del principio de la terapia hasta el presente. **Excelente / Bueno / Pasable / Malo**

4. ¿En este punto del tratamiento se lograron tus metas de la terapia?

Logró totalmente / Casi Logró / Logró incompleto / No Logró

<u>LEFS – LA SIGUIENTE VISITA Y EL DAR de ALTO</u>	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 cuadras	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. Dandose 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