

Apellido		Nombre	
LLENE COMPLETAMENTE EL CÍRCULO QUE MEJOR DESCRIBA SU RESPUESTA (Ejemplo: ●)			
1. En general, diría que la <u>salud de su hijo</u> es			
Excelente <input type="radio"/>	Muy buena <input type="radio"/>	Buena <input type="radio"/>	Pasable <input type="radio"/>
Mala <input type="radio"/>			
Durante la semana pasada, ¿su hijo se vio limitado en alguna de las siguientes actividades debido a <u>problemas de SALUD</u>?			
2. ¿Al realizar actividades que requieren energía, tales como andar en bicicleta o patinar?			
Sí, muy limitado <input type="radio"/>	Sí, algo limitado <input type="radio"/>	Sí, un poco limitado <input type="radio"/>	Para nada limitado <input type="radio"/>
3. ¿Al flexionarse, levantarse o inclinarse?			
Sí, muy limitado <input type="radio"/>	Sí, algo limitado <input type="radio"/>	Sí, un poco limitado <input type="radio"/>	Para nada limitado <input type="radio"/>
4. Durante la <u>semana pasada</u>, ¿su hijo se vio limitado en el TIPO de trabajo escolar o actividades con amigos que podía realizar debido a <u>problemas de salud FÍSICOS</u>?			
Sí, muy limitado <input type="radio"/>	Sí, algo limitado <input type="radio"/>	Sí, un poco limitado <input type="radio"/>	Para nada limitado <input type="radio"/>
5. Durante la semana pasada, ¿su hijo se vio limitado en el TIPO de trabajo en la escuela o actividades con amigos que podía realizar debido a <u>problemas EMOCIONALES</u> o de <u>COMPORTAMIENTO</u>?			
Sí, muy limitado <input type="radio"/>	Sí, algo limitado <input type="radio"/>	Sí, un poco limitado <input type="radio"/>	Para nada limitado <input type="radio"/>
6. Durante la <u>semana pasada</u>, ¿cuánto dolor o molestia física tuvo su hijo?			
Nada en absoluto <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Poco <input type="radio"/>	Moderado <input type="radio"/>
Grave <input type="radio"/>			
Muy grave <input type="radio"/>			
7. Durante la <u>semana pasada</u>, ¿cuán satisfecho cree que su hijo se sintió con respecto a sus amistades?			
Muy satisfecho <input type="radio"/>	Algo satisfecho <input type="radio"/>	Ni satisfecho ni desconforme <input type="radio"/>	Algo desconforme <input type="radio"/>
Muy desconforme <input type="radio"/>			
8. Durante la <u>semana pasada</u>, ¿cuán satisfecho cree que su hijo se sintió con su vida en general?			
Muy satisfecho <input type="radio"/>	Algo satisfecho <input type="radio"/>	Ni satisfecho ni desconforme <input type="radio"/>	Algo desconforme <input type="radio"/>
Muy desconforme <input type="radio"/>			
9. Durante la semana pasada, ¿cuánto tiempo piensa que su hijo actuó aburrido o triste?			
Todo el tiempo <input type="radio"/>	La mayor parte del tiempo <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Pocas veces <input type="radio"/>
Nunca <input type="radio"/>			
10. Comparado con otros niños de su edad, en general, diría que su comportamiento es:			
Excelente <input type="radio"/>	Muy bueno <input type="radio"/>	Bueno <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>
Malo <input type="radio"/>			
¿Cómo clasificaría la gravedad del principal problema de salud de su hijo en una escala de 0 a 10?			
	No grave	0	1
	2	3	4
	5	6	7
	8	9	10
	Peor posible		
11. Justo ahora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. En promedio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. En su mejor momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. En su peor momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Apellido		Nombre	
LLENE COMPLETAMENTE EL CÍRCULO QUE MEJOR DESCRIBA SU RESPUESTA (Ejemplo: ●)			
1.	¿Por qué está hoy aquí? Si existen muchas razones, indique únicamente la más importante o la más grave.		
	<input type="radio"/> Cuello	<input type="radio"/> Hombro	<input type="radio"/> Cadera
	<input type="radio"/> Espalda superior	<input type="radio"/> Codo	<input type="radio"/> Rodilla
	<input type="radio"/> media espinal	<input type="radio"/> Muñeca	<input type="radio"/> Tobillo
	<input type="radio"/> Parte baja de la espalda	<input type="radio"/> Mano	<input type="radio"/> Pie
		<input type="radio"/> Rehabilitación de apoplejía	<input type="radio"/> Rehabilitación de médula
		<input type="radio"/> Rehabilitación neurológica	<input type="radio"/> Equilibrio/coordinación
		<input type="radio"/> Postoperatorio	<input type="radio"/> Fractura
		<input type="radio"/> Otro	
2.	¿Cuándo apareció este problema por primera vez?		
	<input type="radio"/> Hace menos de 1 mes	<input type="radio"/> 1-3 meses atrás	<input type="radio"/> 4-6 meses atrás
	<input type="radio"/> 7-12 meses atrás	<input type="radio"/> Hace más de un año	
¿Este problema...			No Sí
3.	... surge de una lesión laboral (es decir, es una reclamación del seguro de indemnización por accidentes de trabajo)?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4.	... surge de un accidente automovilístico (es decir, es una reclamación de seguro sin culpa)?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5.	... fue evaluado recientemente por un médico?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Desde que apareció este problema, ¿ha notado...			No Sí
6.	... una debilidad en ambos brazos tal que le impide levantarlos?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7.	... una debilidad en ambas piernas tal que no puede caminar sin ayuda?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8.	... dificultad para controlar sus intestinos o vejiga, o no ha podido orinar?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
9.	... dolor en el pecho, falta de aire o tos con expulsión de sangre?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
10.	... que una de sus piernas está más caliente, hinchada, enrojecida o sensible que la otra?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
¿Recientemente...			No Sí
11.	... ha tenido visión borrosa, visión doble, mareos o desmayos?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
12.	... ha tenido cualquier tipo de infección, fiebre o escalofríos?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
13.	... se ha sometido a algún tipo de cirugía, procedimiento quirúrgico o procedimiento médico?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
14.	... ha bajado mucho de peso sin proponérselo (es decir, sin hacer dieta)?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
15.	... ha tenido algún tipo de accidente, caída o trauma?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
¿Alguna vez...			No Sí
16.	... se le ha diagnosticado cáncer?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
17.	... le han diagnosticado osteoporosis (es decir, huesos débiles, blandos o quebradizos)?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
18.	... se le ha diagnosticado una debilidad en el sistema inmunitario?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
19.	... ha usado algún medicamento inyectable (es decir, un medicamento de venta sin receta)?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
20.	... ha utilizado esteroides, tales como prednisona, durante más de 4 semanas?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
¿Este problema...			No Sí
21.	... es algo que ya ha sufrido?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
22.	... generalmente empeora (es decir, se vuelve más grave o frecuente) con el movimiento, la actividad o el ejercicio?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
23.	... generalmente mejora (es decir, se vuelve menos grave o frecuente) con el reposo?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
24.	... ha sido examinado recientemente mediante pruebas de diagnóstico por imágenes, tales como radiografías, resonancia magnética o tomografía computada?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
25.	... está siendo tratado por un profesional médico que no sea un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>

