

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
3. ... surge de una lesión laboral (es decir, es una reclamación del seguro de indemnización por accidentes de trabajo)?			<input type="radio"/>
4. ... surge de un accidente automovilístico (es decir, es una reclamación de seguro sin culpa)?			<input type="radio"/>
5. ... fue evaluado recientemente por un médico?			<input type="radio"/>
Desde que apareció este problema, ¿ha notado...			No
6. ... una debilidad en ambos brazos tal que le impide levantarlos?			<input type="radio"/>
7. ... una debilidad en ambas piernas tal que no puede caminar sin ayuda?			<input type="radio"/>
8. ... dificultad para controlar sus intestinos o vejiga, o no ha podido orinar?			<input type="radio"/>
9. ... dolor en el pecho, falta de aire o tos con expulsión de sangre?			<input type="radio"/>
10. ... que una de sus piernas está más caliente, hinchada, enrojecida o sensible que la otra?			<input type="radio"/>
¿Recientemente...			No
11. ... ha tenido visión borrosa, visión doble, mareos o desmayos?			<input type="radio"/>
12. ... ha tenido cualquier tipo de infección, fiebre o escalofríos?			<input type="radio"/>
13. ... se ha sometido a algún tipo de cirugía, procedimiento quirúrgico o procedimiento médico?			<input type="radio"/>
14. ... ha bajado mucho de peso sin proponérselo (es decir, sin hacer dieta)?			<input type="radio"/>
15. ... ha tenido algún tipo de accidente, caída o trauma?			<input type="radio"/>
¿Alguna vez...			No
16. ... se le ha diagnosticado cáncer?			<input type="radio"/>
17. ... le han diagnosticado osteoporosis (es decir, huesos débiles, blandos o quebradizos)?			<input type="radio"/>
18. ... se le ha diagnosticado una debilidad en el sistema inmunitario?			<input type="radio"/>
19. ... ha usado algún medicamento inyectable (es decir, un medicamento de venta sin receta)?			<input type="radio"/>
20. ... ha utilizado esteroides, tales como prednisona, durante más de 4 semanas?			<input type="radio"/>
¿Este problema...			No
21. ... es algo que ya ha sufrido?			<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"/>
23. ... generalmente mejora (es decir, se vuelve menos grave o frecuente) con el reposo?			<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"/>
25. ... está siendo tratado por un profesional médico que no sea un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional?			<input type="radio"/>

