

Nombre _____ Fecha _____ Paciente ID# _____

Escala Funcional de la Extremidad Superior

Estamos interesados en saber si el problema de su extremidad superior, por lo cual usted busca atención hoy, le esta causando dificultades con las actividades alistadas debajo. Proporcione una respuesta para cada actividad.

Hoy, le causa o le pudiera causar dificultad con: (Circule un número en cada línea)

Actividades	Extrema dificultad o incapaz de realizar la actividad	Bastante Dificultad	Dificultad Moderada	Un poco de Dificultad	No Dificultad
a. Cualquiera trabajo usual, trabajo domestico, o actividades de la escuela.	0	1	2	3	4
b. Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas	0	1	2	3	4
c. Levantar una bolsa de comestibles al nivel de la cintura.	0	1	2	3	4
d. Levantar una bolsa de comestibles por encima de la cabeza.	0	1	2	3	4
e. Arreglarse el pelo.	0	1	2	3	4
f. Poner presión en las manos como al levantarse de la bañera o silla.	0	1	2	3	4
g. Preparando comida como pelar o cortar.	0	1	2	3	4
h. Conducir.	0	1	2	3	4
i. Limpiar con la aspiradora, barrer, o rastrillar.	0	1	2	3	4
j. Vestirse.	0	1	2	3	4
k. Amarándose los botones.	0	1	2	3	4
l. Utilizando instrumentos o aparatos.	0	1	2	3	4
m. Abrir puertas.	0	1	2	3	4
n. Limpiar.	0	1	2	3	4
o. Atar zapatos.	0	1	2	3	4
p. Dormir.	0	1	2	3	4
q. Lavando, planchando, doblando ropa.	0	1	2	3	4
r. Abriendo un frasco.	0	1	2	3	4
s. Tirar una pelota.	0	1	2	3	4
t. Cargar una maleta pequeña con la extremidad afectada.	0	1	2	3	4

COLUMN TOTALS (para el uso de fisioterapeuta)

Score is the sum of all circled items. (range = 0-80)

Score: ___/80