

Nombre: _____ Fecha: _____

Marque la parte corporal afectada: Espalda Cuello Mano/Codo Hombro Cadera/Rodilla Pie/tobillo Otro

Marque una X en la celda que mejor describa su capacidad para hacer las 25 actividades de la lista de abajo. No deje ninguna en blanco. Si existe alguna actividad que usted nunca hace marque una X en la ultima celda que dice **No Aplica**.

	Capaz sin dificultad	Capaz con minima dificultad	Capaz con moderada dificultad	Capaz con maxima dificultad	Incapaz	No aplica
1. Mantener el Balance						
2. Ducharse/bañarse						
3. Agacharse						
4. Cargar mas de 5 lbs.						
5. Limpiar la casa						
6. Subir escaleras						
7. Cocinar / Preparar alimentos						
8. Vestirse						
9. Alimentarse						
10. Entrar/salir de la cama						
11. Levantarse de / Sentarse en una silla						
12. Levantarse de / Sentarse en el sanitario.						
13. Agarrar						
14. Peinarse / Arreglarse						
15. Arrodillarse						
16. Levantar mas de 5lbs.						
17. Halar						
18. Empujar						
19. Alcanzar por encima de la cabeza						
20. Correr						
21. Ponerse en cuclillas						
22. Voltear la manilla de una puerta						
23. Girar y destapar un frasco						
24. Caminar en superficies niveladas						
25. Caminar en superficies desniveladas.						

