

EVALUACION FUNCIONAL Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor rellene este cuestionario relatando su estado presente.

1. ¿Necesita Usted ayuda con cualesquiera actividades necesarias para cuidarse a si mismo?  
Ejemplos comprenderian vestirse, bañarse, escribir cartas, caminar, subir o bajar escaleras.  
Si la respuesta es 'si', por favor describa las actividades y la asistencia que Usted recibe.

2. ¿Necesita Usted ayuda con otras actividades rutinarias diarias, tales como cocinar, conducir, jardineria, aspirar el polvo, comprar comestibles, u otras tareas de limpieza del hogar?  
Si la respuesta es 'si', por favor describa las actividades y la asistencia que Usted recibe.

3. ¿Está Usted corrientemente trabajando? SI/NO. Si la respuesta es 'si', ¿cuántas horas trabaja Usted cada día? Si la respuesta es 'si', ¿necesita Usted ayuda con cualquier tarea de su trabajo?  
Si necesita ayuda, por favor describa el tipo de asistencia requerida.

4. Desde su última visita a esta clinica, diria Usted que su necesidad de ayuda con las actividades del trabajo o del hogar ha :  
a. Aumentado  
b. Disminuido  
c. Permanecido lo mismo

Si su necesidad de ayuda ha aumentado, describa algunas razones que Usted cree haber causado la necesidad de más ayuda. Ejemplos podrian incluir desvelo, aumento del dolor, nuevas lesiones o problemas fisicos, dificultades con la situación en su hogar o trabajo, cansancio fisico creciente cuando lleva a cabo tareas especificas, etc.

Gracias por su paciencia al rellenar este cuestionario. Por favor discuta sus respuestas con su médico para que cualquier ajuste al plan de su tratamiento que sea necesario pueda ser plenamente examinado.

**Translated by: Jose Cebrian, MD**