

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

THE LOWER EXTREMITY FUNCTIONAL SCALE

Estámos interasados en saber si usted tiene algún tipo de dificultad haciendo algunas de las acitvidades enlistada, debido al problema con sus extremidades inderiores, por cual usted esta buscando cuidado médico. Por favor de una respuesta para cada actividad. **Hoy tiene o tendría usted alguna dificultad con:**

| | Actividades | Extremada mente difícil o no puede hacerlo | Bastante dificultad | Dificultad moderada | Un poco de dificultad | Nada de dificultad |
|----|--|--|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1 | Cualquiera de su trabajo usual, trabajo de la casa, o actividades en la escuela. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Sus pasatiempos usuales, recreaciones o deportes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Entrando y saliendo de un baño. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Caminando de un cuarto al otro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Poniendose los zapatos y calcetines. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Agacharse. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Levantando algo del piso, como una bolsa llena de comestibles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Haciendo tareas livianas en su casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Haciendo tareas pesadas en su casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Subir o bajar de un carro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Caminando 2 cuadras. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Caminando una milla. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Subiendo y bajando 10 escalones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Pararse por una hora. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Sentarse por una hora. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Corriendo en terreno plano. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Corriendo en terreno que no es plano. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Girar bruscamente cuando esta corriendo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Brincar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Voltiarse en la cama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Column Totals: | | | | | |

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points

SCORE: ____/80