

Nombre: _____

Fecha: _____

Empleador / Cargo Laboral (al momento de la lesión): _____

Estado Laboral Actual: trabajo completo trabajo limitado no trabaja

Último día que trabajó: _____ Tiempo que llevaba en el cargo que tenía al momento de la lesión: _____

Restricciones actuales: _____

Por favor, complete la información siguiente lo mejor que pueda con referencia a las tareas laborales que realizaba usted al momento de la lesión. Esta información ayudará a su fisioterapeuta en el proceso de tratamiento y le dará más posibilidad al terapeuta a ayudarle a volver a un estado laboral funcional.

Ocasionalmente - hasta el 33% del día

Frecuentemente - del 34% al 66% del día

Constantemente - del 67% al 100% del día

Tolerancia Postural

Por favor, enumere durante cuántas horas usted realiza las siguientes tareas en un día laboral promedio:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pararse (sin moverse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pararse (con movimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra: _____

Otra: _____

Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Constantemente

Doblarse la cintura o la espalda de forma sostenida: Tiempo promedio de cada ocurrencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doblarse la cintura o la espalda de forma repetitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevar las manos más alto que la cabeza de forma sostenida: Tiempo promedio de cada ocurrencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevar las manos más alto que la cabeza de forma repetitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar objetos delante de usted de forma sostenida: Tiempo promedio de cada ocurrencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar objetos delante de usted de forma repetitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse de forma sostenida: Tiempo promedio de cada ocurrencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse de forma repetitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir una escalera que requiere el uso de las manos: Altura _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escaleras: Cuántos Pisos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotar el tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipular objetos con los brazos y las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Levantamiento Funcional

Peso

Peso Máximo que Levanta: _____ # Altura _____

Peso que Levanta Frecuentemente: _____ # Altura _____

Peso que Levanta Constantemente: _____ # Altura _____

Peso Máximo que Lleva: _____ # Distancia: _____ Derecha Izquierda Ambos Lados

Peso que Lleva Frecuentemente: _____ # Distancia: _____ Derecha Izquierda Ambos Lados

Peso que Lleva Constantemente: _____ # Distancia: _____ Derecha Izquierda Ambos Lados

Empujar: Fuerza Ocasional: _____ Fuerza Frecuente: _____ Fuerza Constante: _____ Distancia que se Mueve: _____

Tirar: Fuerza Ocasional: _____ Fuerza Frecuente: _____ Fuerza Constante: _____ Distancia que se Mueve: _____