

# General Functional Scale Spanish

REDCap ID

\_\_\_\_\_

Fecha de la visita:

\_\_\_\_\_

Tipo de visita:

Visita inicial     Visita intermedia  
 Visita final

Diagnostic Category

ABI  
 Amputation  
 Breast Cancer  
 Chronic Pain  
 Elbow  
 Foot/Ankle  
 Gait/Balance  
 Headache  
 Hand/Wrist  
 Hip  
 Knee  
 LE Lymphedema  
 Low Back  
 Lower Extremity  
 Midback  
 Neck  
 Other Neuro  
 Parkinsons  
 Pediatric Other  
 Pediatric/CP  
 Pulmonary  
 SCI  
 Shoulder  
 Speech  
 Stroke  
 Vestibular

Diagnostic Complexity

Non-complex (Single Body Part Sprain/Strain)  
 Complex (Multi-body part, fracture, nerve symptoms)  
 Post surgical

Patient has had surgery for the current condition?

Yes     No

**Responda las preguntas a continuación basándose en sus habilidades actuales. Seleccione "no aplicable" si su condición no afecta a una categoría en particular. En este momento:**

	Ninguna dificultad	Apenas limitado	Limitación moderada	Limitación grave	Incapaz	No aplicable
1. Puede desempeñarme en mi ocupación habitual (trabajo, estudio, casa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo participar en recreación/ deportes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puedo realizar tareas del hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo ocuparme de mi arreglo personal/ vestirme (uso de la parte superior del cuerpo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Puedo caminar (uso de la parte inferior del cuerpo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puedo manipular una llave o sostener un tenedor o una cuchara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi actividad se ve afectada por el nivel de mis síntomas (dolor, inflamación, rigidez).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deténgase aquí y devuelva la tablet o el formulario al miembro del personal.

General Score \_\_\_(%) disability \_\_\_\_\_

G Code:

\_CH\_

G Code:

\_CI\_

G Code:

\_CJ\_

G Code:

\_CK\_

G Code:

\_CL\_

G Code:

\_CM\_

G Code:

\_CN\_