

Índice de Calificación Funcional

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

1. **Intensidad del dolor**-----0-----1-----2-----3-----4
 Sin dolor Mínimo dolor Dolor moderado Dolor severo Dolor intolerable
2. **Dormir**-----0-----1-----2-----3-----4
 Sueño perfecto Sueño ligeramente perturbado Sueño moderadamente perturbado Sueño severamente perturbado Sueño totalmente perturbado
3. **Cuidado personal**-----0-----1-----2-----3-----4
 (lavar, vestirse, etc.) No dolor; no restricciones Dolor mínimo no restricciones Dolor moderado; necesito ir despacio Dolor moderado; necesito poca ayuda Dolor severo; necesito ayuda 100%
4. **Viajar (Conducir, etc.)**-----0-----1-----2-----3-----4
 No dolor en viajes largos Dolor mínimo en viajes largos Dolor moderado en viajes largos Dolor moderado en viajes cortos Dolor severo en viajes cortos
5. **Trabajo**-----0-----1-----2-----3-----4
 Puedo hacer trabajo habitual, más trabajo extra ilimitado Puedo hacer trabajo habitual, pero no trabajo extra Puedo hacer el 50% del trabajo habitual Puedo hacer el 25% del trabajo habitual No puedo trabajar
6. **Recreación**-----0-----1-----2-----3-----4
 Puedo hacer todas las actividades Puedo hacer la mayoría de las actividades Puedo hacer algunas actividades Puedo hacer pocas actividades No puedo hacer ninguna actividad
7. **Frecuencia del Dolor**-----0-----1-----2-----3-----4
 No dolor Dolor ocasional; 25% del día Dolor intermitente; 50% del día Dolor frecuente; 75% del día Dolor constante; 100% del día
8. **Levantar cosas**-----0-----1-----2-----3-----4
 No dolor Al levantar cosas Aumento de dolor con levantando cosas pesadas Aumento de dolor moderado levantando cosas Aumento de dolor levantando cosas ligeras Aumento de dolor con cualquier levantamiento
9. **Caminar**-----0-----1-----2-----3-----4
 No dolor; puedo caminar cualquier Aumento de dolor después de caminar 1milla (1km) Aumento de dolor después de caminar ½ milla (500m) Aumento de dolor después de caminar ¼ milla (250m) Aumento de dolor al caminar cualquier distancia
10. **Permanecer de Pie**-----0-----1-----2-----3-----4
 No dolor después de varias horas Aumento de dolor después de varias horas Aumento de dolor después de 1 hora Aumento de dolor después 30 minutos Aumento de dolor al estar de pie cualquier periodo de tiempo

Índice de Calificación Funcional

STAFF USE ONLY DATE	SCORE (total divided by .4)	VERY SEVERE (61%-100%)	SEVERE (41%-60%)	MODERATE (21%-40%)	MINIMAL (0%-20%)	PLAN
○ _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	_____
□ _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	_____
X _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	_____
/ _____	_____ %	_____	_____	_____	_____	_____