

SHOULDER ASSESSMENT FORM
AMERICAN SHOULDER AND ELBOW SURGEONS

Subject ID: _____	Subject Initials: _____	Date: _____
Side: R L	Device: RSP TSA Hemi	DOS:
Side: R L	Device: RSP TSA Hemi	DOS:

Circule el numero en la casilla que corresponde con su capacidad para realizar las siguientes actividades:

0 = No puedo Realizar 1 = Muy Difícil 2 = Un Poco Difícil 3 = Normal

ACTIVIDAD	BRAZO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO
1. Ponerse un abrigo	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Dormir en su lado afectado o doloroso	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Lavarse la espalda o sujetarse el brasier por detrás	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Llevar a cabo limpieza higiénica	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Peinarse/lavarse el pelo	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Alcanzar un estante alto	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Levantar 10 libras (4.5 kg) por encima de hombro	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Tirar una pelota, en estilo sobre mano	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Hacer trabajo usual – Listar:	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Hacer deporte usual - Listar:	0 1 2 3	0 1 2 3

Dolor

En la siguiente escala de 0 – 10, por favor **circule** su respuesta.

Que tan mal esta su dolor hoy?

0 = Ningún dolor

10 = El peor dolor posible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Funcionamiento

En la siguiente escala de 0 – 10, por favor **circule** que considera que es el funcionamiento actual de su hombro.

0 = Mi hombro es Inútil

10 = Mi hombro es Normal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SIMPLE SHOULDER TEST

Subject ID: _____

Subject Initials: _____

Date: _____

Responda cada pregunta marcando “Si” o “No”:	SI	NO
1. Esta cómodo su hombro con el brazo en reposo a su lado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le permite dormir bien su hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puede alcanzar el pequeño de su espalda con el brazo afectado para meterse la camisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puede colocar la mano del brazo afectado detrás de su cabeza con el codo recto hacia el lado del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puede colocar una moneda con el brazo afectado encima de un estante, al nivel del hombro, sin doblar el codo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puede alzar 1 libra (1/2 kilogramo o 1/2 litro de leche) con el brazo afectado a el nivel del hombro sin doblar el codo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Puede alzar 8 libras (un galón de leche) con el brazo afectado a el nivel del hombro sin doblar el codo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puede llevar veinte libras al lado con su brazo afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Piensa que puede tirar una pelota por bajo mano a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Piensa que puede tirar una pelota por sobre mano a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puede lavarse la espalda del lado opuesto con el brazo afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El hombro le permitiría trabajar tiempo completo en su trabajo actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RANGE OF MOTION

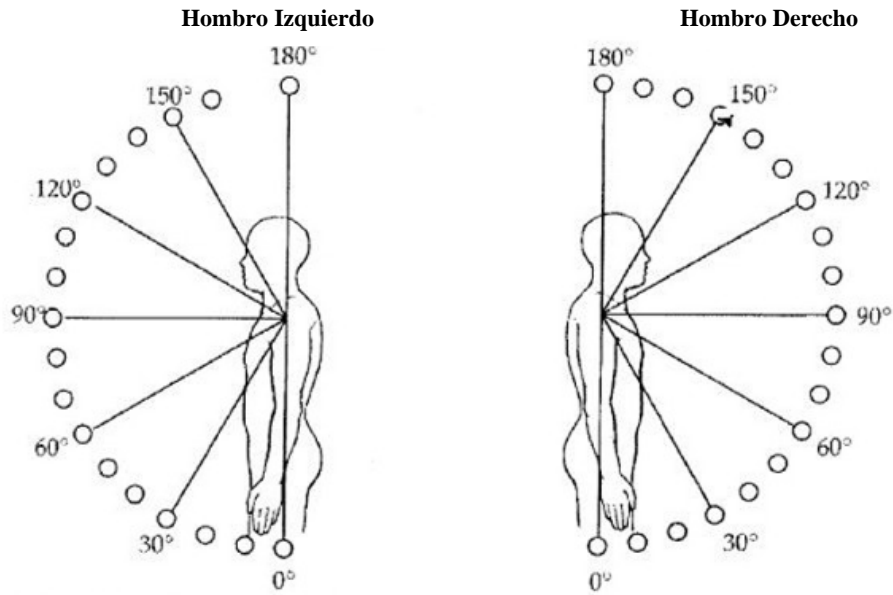
Subject ID: _____

Subject Initials: _____

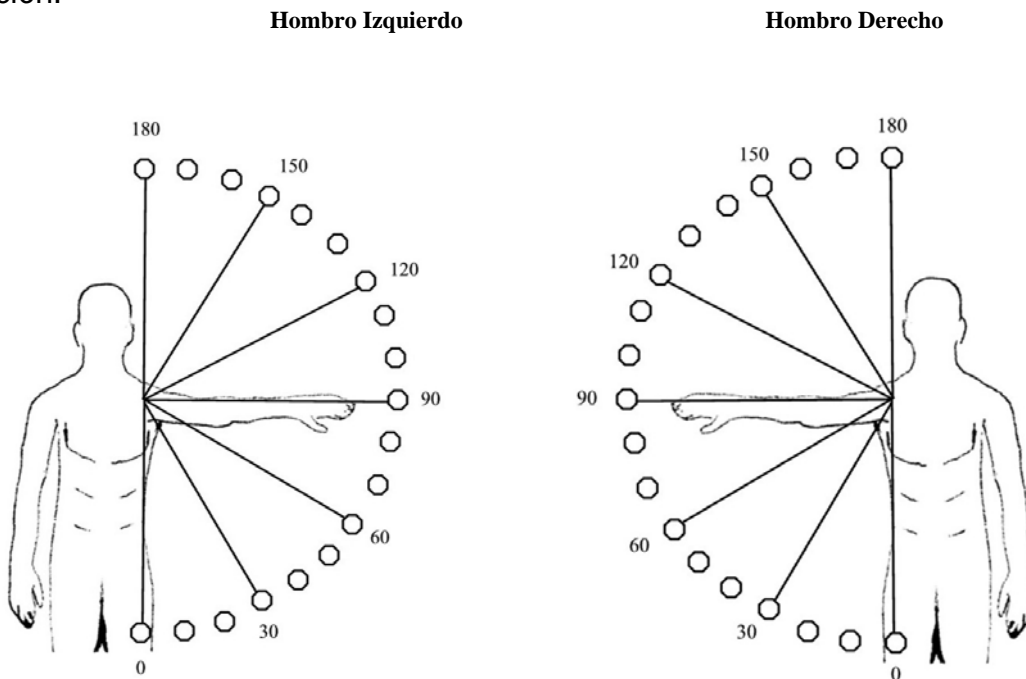
Date: _____

Por favor rellene en los círculos que siguen hasta qué grado o posición puede mover su brazo.

Flexión Delantera:

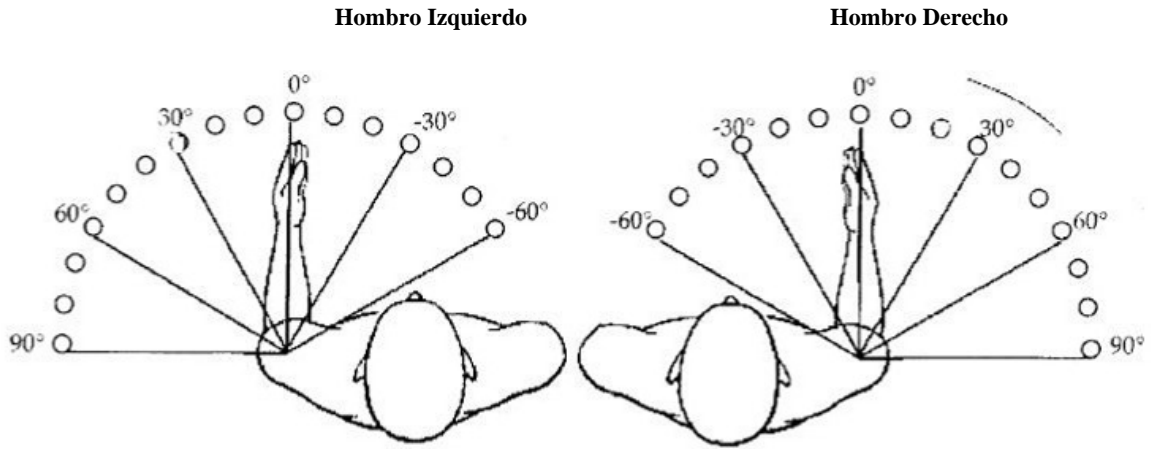


Abducción:

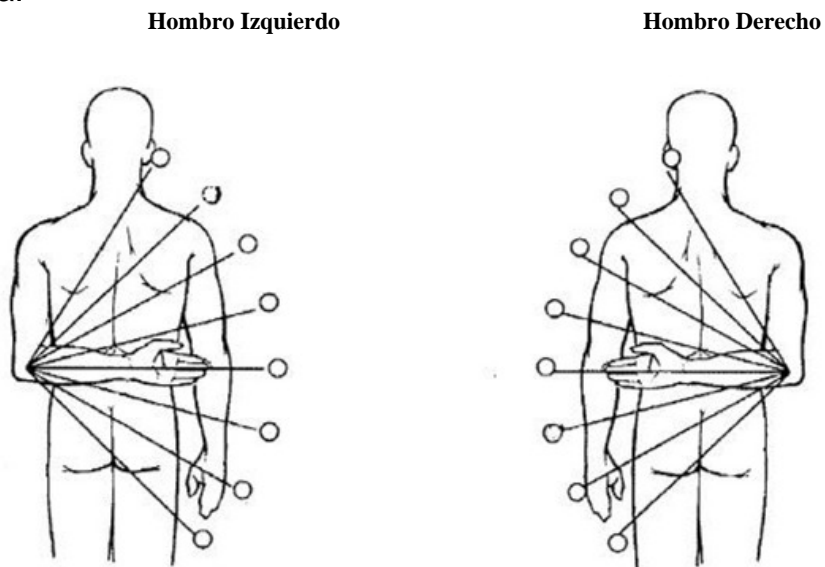


RANGE OF MOTION

Rotación Externa:



Rotación Interna:



SF-36 Cuestionario de Salud

Instrucciones: Gracias en adelantado por tomar el tiempo para llenar este cuestionario. Este cuestionario se trata de **USTED** y como **USTED** considera que su salud física afecta otros aspectos de su vida. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente, y responda lo más honestamente posible. Circule la **UNICA** respuesta que **USTED** considera que representa **SUS** sentimientos.

1. En general, diría usted que su salud es:

- Excelente
 Muy Buena
 Buena
 Regular
 Mala

2. Comparando con la de hace un año, cómo diría que se encuentra su salud general ahora?

- Mucho mejor ahora que hace un año
 Un poco mejor ahora que hace un año
 Mas o menos igual que hace un año
 Un poco peor que hace un año
 Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se tratan de actividades que usted puede hacer en un día normal. Su salud actual le limita realizar estas actividades? Si responde si, cuanto?

	Si, me Limita Mucho	Si, me Limita un Poco	No, No me Limita Nada
a. ¿Actividades intensas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar bolos o golf? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Alzar o cargar mercado? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Subir varios pisos por escaleras? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Subir un piso por escaleras? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Agachándose o arrodillándose? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Caminar por más de una milla o kilometro? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Caminar varias cuadras? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Caminar una cuadra? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Bañarse o vestirse sin ayuda? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 4 semanas, ha tenido uno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias causadas por su salud física?

	Todo el Tiempo	La Mayoría del Tiempo	Parte del Tiempo	Un Poco del Tiempo	Nada del Tiempo
a. Reducir la cantidad de tiempo dedicado al trabajo o otras actividades? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Realizar menos de lo que quería? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fue limitado en el tipo de trabajo o otras actividades? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tuvo dificultad haciendo el trabajo o otras Actividades (por ejemplo, necesito más esfuerzo)? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las últimas 4 semanas, ha tenido uno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades diarias causadas por problemas emocionales (como sintiéndose deprimido o ansioso)?

	Todo el Tiempo	La Mayoría del Tiempo	Parte del Tiempo	Un Poco del Tiempo	Nada del Tiempo
a. Reducir la cantidad de tiempo dedicado al trabajo o otras actividades? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Realizar menos de lo que quería? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hizo trabajo o otras actividades con menos cuidado que en otras ocasiones? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante las últimas 4 semanas, a qué medida a interferido su salud física o problemas emocionales con actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

Nunca Algunas Veces Muchas Veces Casi Siempre Siempre

7. Cuánto dolor físico ha tenido en las últimas 4 semanas?

Nada Muy Leve Un Poco Bastante Severo Muy Severo

8. Durante las últimas 4 semanas, cuanto ha interferido el dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajo adentro y afuera de la casa)?

Nunca Algunas Veces Muchas Veces Casi Siempre Siempre

9. Las siguientes preguntas se tratan de cómo se siente usted y como le ha ido a usted durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor responda con la descripción que más se parece a como se ha sentido:

Cuanto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Todo el Tiempo	La Mayoría del Tiempo	Parte del Tiempo	Un Poco del Tiempo	Nada del Tiempo
a. Se ha sentido lleno de vida? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha estado muy nervioso? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se ha sentido con falta de ánimo? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se ha sentido calmado y tranquilo? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ha tenido mucha energía? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se ha sentido desanimado y triste? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Se ha sentido agotado? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ha estado feliz? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se siente cansado? ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Durante las últimas 4 semanas, a qué medida a interferido su salud física o problemas emocionales con actividades sociales (como visitando con amigos, familia, etc.)

Todo el Tiempo La Mayoría del Tiempo Parte del Tiempo Un Poco del Tiempo Nada del Tiempo

11. Que tan cierto o falso es para usted cada una de las siguientes preguntas?

	Totalmente Cierto	Bastante Cierto	No lo Se	Bastante Falso	Totalmente Falso
a. Parece que me enfermo mas fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Soy tan saludable como cualquier otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pienso que mi salud va a empeorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATIENT SATISFACTION

Subject ID: _____	Subject Initials: _____	Date: _____
-------------------	-------------------------	-------------

Que tan satisfecho esta con sus resultados actuales?

1 = Insatisfecho

10 = Muy Satisfecho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basado en sus resultados, se volvería a hacer el mismo procedimiento?

(Circule uno)

Si No

Pueden contactarlo otros pacientes que son candidatos para esta cirugía para ayudarles en hacer una decisión informada? (Circule uno)

Si No

Comentarios:
