

Estimado de Capacidad Funcional

Favor de completar los siguientes puntos basados en su evaluación clínica según usted estime sea el correcto:

Nombre: _____

Seguro Social: _____

Posición: _____

Departamento: _____

Cualquier punto que usted crea que no pueda contestar, debe ser completado con N/A

En un período de 8 horas de trabajo, el paciente puede realizar las siguientes actividades:

		<u>Continuamente</u>	<u>Con períodos de Descanso</u>
Sentado	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternado	1 2 3 4 5 6 7 8 (hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(caminar/sentarse/pararse)

		<u>Nunca</u>	<u>Ocasionalmente</u> (0-2.5hrs)	<u>Frecuentemente</u> (2.5-5.5hrs)	<u>Continuamente</u> (+ 5.5 hrs)
Levantar	0-10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11-20 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21-50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51-100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cargar	0-10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11-20 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21-50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51-100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doblar la Cintura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cuclillas		<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"/>
Subir escaleras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar sobre el nivel del hombro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Movimientos repetitivos: (Paciente puede utilizar las manos en movimientos repetitivos tanto como)

Frecuentemente, Ocasionalmente, Frecuente o Constante.

	<u>Agarre Sencillo</u>	<u>Halar/Empujar</u>	<u>Manipulación Fina</u>
Derecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	_____	_____	_____
Izquierdo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	_____	_____	_____

El Paciente puede utilizar el pie para movimientos repetitivos tales como para operaciones que requieran control:

Derecho Si No **Izquierdo** Si No **Ambos** Si No

¿Puede el Paciente trabajar a tiempo completo? SI/NO **¿Tiempo Parcial?** SI/NO (___ HRS/DÍAS)

Restricción de actividades que envuelven:	NINGUNA	LEVE	MODERADO	TOTAL
Alturas desprotegidas	_____	_____	_____	_____
Estar alrededor de maquinaria en movimiento	_____	_____	_____	_____
Exponerse a cambios abruptos de temperaturas & humedad	_____	_____	_____	_____
Manejar equipo automóvil	_____	_____	_____	_____
Exponerse al polvo, humo y gases	_____	_____	_____	_____

Día Esperado de Recuperación: _____ Fecha de Última Visita: _____ Frequency of TX: _____

Restricciones y Limitaciones Recomendadas:

Nombre del Doctor: _____ **Firma del Doctor:** _____ **# de Licencia:** _____

Dirección: _____ **Fecha:** _____

Favor de indicarnos lo siguiente:

1. ¿El paciente tiene alguna limitación visual? Favor de explicar.

2. ¿La condición médica del paciente lo previene a el/ella de viajar? Favor de explicar.

3. ¿Cuáles son los medicamentos que su paciente está tomando en estos momentos?

4. ¿El paciente ha experimentado algún efecto secundario? Favor describirlos.

Nombre del Médico: _____

Firma del Médico: _____

de Licencia: _____

Fecha: _____