

FORMATO KOS

ENCUESTA DE RESULTADOS DE LA RODILLA

Gracias por responder a este cuestionario de resultados reportados por el/la paciente. Sus respuestas ayudan a su proveedor de salud a determinar las mejores opciones de tratamiento y seguir el progreso de su recuperación a lo largo del tiempo. Sea tan amable de responder a cada una de las preguntas incluidas en este formato.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) _____

¿A USTED LO/LA OPERARON POR ESTE PROBLEMA ANTES DE RECIBIR TERAPIA? **SÍ** **NO**

ESCALA DE DOLOR: EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿QUÉ TAN FUERTE HA SIDO EL DOLOR?
 ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA SU DOLOR.

SIN DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **EL PEOR DOLOR IMAGINABLE**

¿A QUÉ GRADO CADA UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS AFECTA SU NIVEL DE ACTIVIDAD?
 PARA CADA RENGLÓN, MARQUE SOLO UNA CASILLA, LA QUE MEJOR DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

	NO TENGO ESTE SÍNTOMA	SÍ TENGO ESTE SÍNTOMA, PERO NO AFECTA MI ACTIVIDAD	ESTE SÍNTOMA AFECTA LIGERAMENTE MI ACTIVIDAD	ESTE SÍNTOMA AFECTA MODERADAMENTE MI ACTIVIDAD	ESTE SÍNTOMA AFECTA SEVERAMENTE MI ACTIVIDAD	ESTE SÍNTOMA ME IMPIDE TODAS MIS ACTIVIDADES DIARIAS
1. DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. RIGIDEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. HINCHAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. LA RODILLA CEDE: SE DOBLA O SE VA DE LADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. DEBILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. COJEAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATO KOS
ENCUESTA DE RESULTADOS DE LA RODILLA

LIMITACIONES FUNCIONALES CON ACTIVIDADES – CÓMO AFECTA SU RODILLA SU CAPACIDAD PARA:
 PARA CADA RENGLÓN, MARQUE SOLO UNA CASILLA, LA QUE MEJOR DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

	ESTA ACTIVIDAD NO ES NADA DIFÍCIL	ESTA ACTIVIDAD ES MÍNIMAMENTE DIFÍCIL	ESTA ACTIVIDAD ES UN POCO DIFÍCIL	ESTA ACTIVIDAD ES MEDIANAMENTE DIFÍCIL	ESTA ACTIVIDAD ES MUY DIFÍCIL	NO PUEDO REALIZAR ESTA ACTIVIDAD
7. CAMINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. SUBIR ESCALERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. BAJAR ESCALERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ESTAR DE PIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ARRODILLARSE SOBRE LA PARTE FRONTAL DE SU RODILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. PONERSE EN CUCLILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. SENTARSE CON LA RODILLA DOBLADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. LEVANTARSE DE UNA SILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>