

Hands On Hands Rehab Center, Inc.

Upper Extremity Functional Index

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Estamos interesados en saber si tiene alguna dificultad con las actividades que se enumeran a continuación debido a su problema en las extremidades Superiores por el que actualmente esta buscando atención. Por favor, proveer una respuesta para cada actividad. Hoy, tiene o tendrá alguna dificultad con: Coloque una X en el cuadro correspondiente	Extremadamente difícil o incapaz de realizar actividad	Bastante dificultad	Dificultad moderada	Un poco de dificultad	Sin dificultad
1. Cualquiera de sus trabajos habituales, tareas domésticas o actividades escolares.					
2. Sus pasatiempos habituales, actividades recreativas o deportivas					
2. Levantando una bolsa de comestibles hasta el nivel de las cintura					
4. Levantando una bolsa de comestibles por encima de su cabeza					
5. Arreglando su cabello					
6. Ejerciendo presión sobre sus manos/brazo para empujarse hacia arriba fuera de una silla o bañera.					
7. Preparar comida (es decir, pelar, cortar)					
8. Manejando					
9. Aspirar, barrer o rastrillar					
10. Cambiando de ropa					
11. Abrochase botones					
12. Usando herramientas o electrodomésticos					
13. Abriendo puertas					
14. Limpiando					
15. Atar o desatas los zapatos					
16. Dormir					
17. Lavar ropa (es decir, lavar, planchar, doblar)					
18. Abriendo un frasco					
19. Lanzando una pelota					
20. Sostener una pequeña maleta con la extremidad afectada					