



LOWER LIMB FUNCTIONAL INDEX

Nombre: _____ Fecha: _____

Lesión: _____ Pierna Derecha Pierna izquierda

Por favor complete: Sus piernas pueden hacer que sea difícil hacer algunas cosas que hace normalmente. Esta lista contiene frases que la gente usa para describir esos problemas en ellos mismos.

Piense usted en los últimos días. Si una frase le describe, marque esa casilla. Si no es así, déjela en blanco. Si una frase sólo le describe parcialmente, marque la mitad de la casilla.

SOBRE MI/S PIERNA/S

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Me quedo en casa la mayor parte del tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor. |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Evito hacer trabajos pesados (ejemplo: limpiar, levantar más de 5 kg, trabajar el jardín, etc). |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Paro a descansar más a menudo. |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Pido a los demás que hagan las cosas por mí. |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Tengo dolor/problema casi todo el tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Tengo dificultad para levantar y cargar peso (ejemplo: bolsas, compras de hasta 5 kg., etc). |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Mi apetito es diferente. |
| <input type="checkbox"/> | 9 | El caminar o el hacer mis actividades deportivas y recreativas están afectadas. |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia. |
| <input type="checkbox"/> | 11 | Duermo peor. |
| <input type="checkbox"/> | 12 | Necesito ayuda con mi cuidado personal (ejemplo: la ducha y la higiene). |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Mis actividades normales diarias (trabajo, actividades sociales) están afectadas. |
| <input type="checkbox"/> | 14 | Estoy más irritable y/o de peor humor. |
| <input type="checkbox"/> | 15 | Me siento débil y/o rígido. |
| <input type="checkbox"/> | 16 | Mi independencia en el transporte está afectada (conducir/ transporte público). |
| <input type="checkbox"/> | 17 | Tengo dificultad o necesito ayuda para vestirme (ejemplo: pantalones/ zapatos/ calcetines). |
| <input type="checkbox"/> | 18 | Tengo dificultad para cambiar de dirección, torcer y girar. |
| <input type="checkbox"/> | 19 | Soy incapaz de moverme tan rápido como desearía. |
| <input type="checkbox"/> | 20 | Tengo dificultad para permanecer mucho tiempo de pie. |
| <input type="checkbox"/> | 21 | Tengo dificultad para agacharme, ponerme en cuclillas. |
| <input type="checkbox"/> | 22 | Tengo dificultad con los paseos prolongados. |
| <input type="checkbox"/> | 23 | Tengo problemas con los escalones y las escaleras. |
| <input type="checkbox"/> | 24 | Tengo problemas para estar sentado/a durante un tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | 25 | Tengo problemas con el equilibrio en superficies irregulares y con el calzado diferente al usual. |

LLFI Puntuación: Para puntuar la parte superior sumar las cajas marcadas:

_____ TOTAL (LLFI puntos)

100 Escala: 100 - (TOTAL x 4)=

_____ %

MDC (90% CI): 6.67% o 1.67 LLFI- puntos. Una puntuación menor a ésta puede ser debido a error.