



## SPINE FUNCTIONAL INDEX

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lesión: \_\_\_\_\_  Cervicales  Dorsales  Lumbares

Por favor complete: Su columna puede hacer que sea difícil realizar algunas cosas que normalmente hace. Esta lista contiene frases que la gente usa para describirse a sí mismos con este tipo de problemas.

Piense en usted durante los últimos días. Si hay una pregunta que le describe, márkela. Si no, déjela en blanco.

Si una frase le describe sólo en parte, marque la mitad de esa casilla.

### SOBRE MI COLUMNA

- |                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| <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 | Necesito ayuda o soy más lento/a al vestirme.   |
| <input type="checkbox"/> | 18 | Tengo dificultad para mover la cama.  |
| <input type="checkbox"/> | 19 | Tengo dificultad para concentrarme y/o para leer.   |
| <input type="checkbox"/> | 20 | Tengo dificultad para sentarme.   |
| <input type="checkbox"/> | 21 | Tengo dificultad para sentarme y levantarme de las sillas.                                      |
| <input type="checkbox"/> | 22 | Sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.   |
| <input type="checkbox"/> | 23 | Tengo dificultad para ponerme en cuclillas o de rodillas.                                       |
| <input type="checkbox"/> | 24 | Tengo problemas para agacharme (ejemplos: para coger cosas, ponerme los calcetines).            |
| <input type="checkbox"/> | 25 | Uso las escaleras más lentamente o uso el pasamanos.  |

**SFI Puntuación:** Para puntuar la parte superior sumar las cajas marcadas:

\_\_\_\_\_ TOTAL (SFI puntos)

**100 Escala: 100 - (TOTAL x 4)=**

\_\_\_\_\_ %

**MDC (90% CI): Cervicales= 6.9 % o 1.7 SFI- puntos; Dorsales y lumbares= 5.9 % o 1.5 SFI- puntos;**

**Toda la Columna= 6.5 % o 1.6 SFI- puntos. Una puntuación menor a éstas puede ser debido a error.**