

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

D.O.B: \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, puede llamar al Motion Analysis Laboratory al (651)229-3868.

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Patient's Name:

Nombre  
First

Apellido  
Last

2. Fecha del análisis: \_\_\_\_\_

3. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

4. Su relación con el paciente:

Soy el paciente  
I am the patient

Padre del paciente  
Patient's father

Otra relación  
Other  
relationship \_\_\_\_\_

Madre del paciente  
Patient's mother

Padre adoptivo  
Foster parent

5. Grado del paciente en la escuela:

Patient's grade in school

No vá a la escuela  
Not in school

2

6

10

College o Universidad  
College or University

Pre-escolar o guardería  
Pre-school or daycare

3

7

11

Entrenamiento técnico  
Technical or vocational training

Kindergarten

4

8

12

Otro: \_\_\_\_\_

1

5

9

6. Cuáles son las preocupaciones que tienen con relación a la marcha del paciente?

What are your particular concerns regarding the patient's walking?

---

---

---

7. Enumere las metas específicas que tiene con el tratamiento.

List any specific goals or expectations you may have for treatment.

---

---

---

### Historia médica del paciente:

1. El paciente sufre de convulsiones?

Does the patient have a seizure disorder?

Sí  No

1a. Si la respuesta es sí, toma medicamentos para las convulsiones?

If yes, is medication used for seizure control?

Sí  No

1b. Si la respuesta es sí, cómo se llaman los medicamentos?

If yes, please list medication (s): \_\_\_\_\_

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

D.O.B: \_\_\_\_\_

2. El paciente tiene problemas de aprendizaje o de comportamiento?  Sí  No  
Does the patient have learning or behavioral issues?
- 2a. Si la respuesta es sí, toma medicamentos para este problema?  Sí  No  
If yes, is medication used for learning or behavior issues?
- 2b. Si la respuesta es sí, cómo se llaman los medicamentos?  
If yes, please list medication (s): \_\_\_\_\_
3. El paciente toma medicamentos para el control de la espasticidad?  Sí  No  
Is the patient currently on medication to control spasticity?
- 3a. Si la respuesta es sí, cómo se llaman los medicamentos?  
If yes, please list medication (s): \_\_\_\_\_

### Historia del nacimiento del paciente:

1. Cuánto pesó el paciente al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas  
Patient weigh at birth
2. El paciente nació prematuro o demorado?  Sí  No  
Was this patient born early or late?
- 2a. Cuántas semanas prematuro? \_\_\_\_\_ Cuántas semanas tarde? \_\_\_\_\_  
How many weeks early? How many weeks late?
3. El paciente fué producto de un embarazo múltiple (gemelos, trillizos)?  Sí  No  
Was this patient a product of a multiple birth (twins, triplets)?
- 3a. El paciente nació (encierre en un círculo) 1<sup>ro</sup> 2<sup>do</sup> 3<sup>ro</sup>  
This patient was born (please circle)
4. Hubo problemas durante el embarazo?  Sí  No  No sé  
Problems during the pregnancy
- 4a. Si la respuesta es sí, por favor señale todos los problemas durante el embarazo.  
If yes, please check all the problems during pregnancy.
- a) No hubo cuidado prenatal (no prenatal care)
  - b) Sangrado (bleeding)
  - c) Presión arterial alta, inflamación, y problemas del riñón controlado por su médico (Toxemia)
  - d) Mamá e hijo tenían diferente tipo de sangre que causa problema (incompatibilidad de Rh) (Rh incompatibility)
  - e) Infección o virus que se pasó al bebé (infection or virus that was passed to the baby)
  - f) Trabajo de parto prematuro que se detuvo (premature labor that was stopped)
  - g) Cervix incompetente (incompetent cervix)
  - h) Ruptura de las membranas durante parto prematuro (rupture of the membranes during premature labor)
  - i) Implantación de la placenta cerca o en el cuello uterino (placenta previa)
  - j) Otros problemas, describa: \_\_\_\_\_
5. Hubo algún problema durante el parto y el nacimiento del paciente?  Sí  No  No sé  
Were there any problems during the delivery and the birth of the patient?
- 5a. Si la respuesta es sí, qué problemas hubo durante el parto y el nacimiento?  
If yes, please check all the problems during the delivery and birth.
- a) Trabajo de parto que duro más de 24 horas (labor greater than 24 hours)
  - b) Falta de oxígeno al nacer (lack of oxygen during birth)
  - c) El bebé nació de pies o estaba de lado (breech delivery)
  - d) Se usaron forceps en el parto (high forceps used in delivery)
  - e) Separación prematura de la placenta (early separation of placenta)
  - f) Cesárea programada (schedule c-section) \_\_\_\_\_
  - g) Cesárea por: \_\_\_\_\_
  - h) Otros, describa: \_\_\_\_\_

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name:

MR#:

D.O.B:

6. El paciente tuvo algún problema médico inmediatamente después del nacimiento?  Sí  No  No sé  
Did this patient have any medical problems right after birth?
- 6a. Estuvo en la Unidad de Cuidado Intensivo?  Sí  No  
Was your child in a NICU after birth?  
Si sí, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
If yes, how long?
- 6b. Necesitó soporte ventilatorio?  Sí  No  
Was your child in a ventilator after birth?  
Si sí, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
If yes, how long?
- 6c. Si la respuesta a la pregunta 6 es sí, señale todos los problemas médicos que tuvo el paciente inmediatamente después de nacer.  
 a) Convulsiones (seizures)  
 b) Hemorragia en el cerebro (hemorrhage)  
 c) Problemas respiratorios (displasia broncopulmonar, enf membrana hialina) \_\_\_\_\_  
 d) Infección del cerebro o de la médula espinal (brain or spinal cord infection)  
 e) Períodos en donde paró de respirar (apnea)  
 f) Líquido en el cerebro (hidrocefalia) (hydrocephalus)  
 g) Falta de oxígeno al nacer (lack of oxygen at birth)  
 h) Ictericia (hiperbilirrubinemia) (jaundice)  
 i) Problemas intestinales (enterocolitis necrotizante) (intestinal problems)  
 j) Aspiración (aspiración del meconio, líquido en los pulmones) (aspiration)  
 k) Latido lento del corazón (bradicardia)  
 l) Patent ductus arteriosus (PDA)  
 m) Otro: \_\_\_\_\_

7. A qué edad comenzó el paciente a: **Edad de niño**  
At what age did the patient begin to:
- a. A qué edad empezó a dar los primeros pasos con la ayuda de órtesis, muletas o caminador, si necesitó \_\_\_\_\_  
Take first steps with the help of braces, crutches, or walker, if needed
- b. A qué edad empezó a caminar sin parar con la ayuda de órtesis, muletas o caminador, si necesitó: \_\_\_\_\_  
Walk around steadily with the help of braces, crutches, or walker, if needed

- 7a. Qué tipo de ayuda utilizó el paciente cuando comenzó a caminar:  
What assistive devices did the patient use to begin walking
- Ninguna  Muletas  Caminador  
None Crutches Walker

8. Qué edad tenía el paciente cuando: **Edad del niño**  
At what age was the patient when:
- a) A qué edad pensó que él/ella tenía problemas con su coordinación o para caminar y más tarde se determinó como parte de su diagnóstico? \_\_\_\_\_  
You first thought he/she had problems with his/her coordination or walking?
- b) A qué edad habló con el médico acerca de estos problemas? \_\_\_\_\_  
You first talked to a doctor about these problems?
- c) A qué edad su discapacidad fué diagnosticada por primera vez? \_\_\_\_\_  
His/her disability was first diagnosed?
- d) A qué edad él/ella comenzó un programa de fisioterapia? \_\_\_\_\_  
He/she began a physical therapy program?

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name:

MR#:

D.O.B:

9. Cómo describiría los problemas de movimiento que tenía el paciente cuando ud. los notó por primera vez?

How would you describe the movement problems the patient was having when you first noticed them?

10. Por favor escriba las cirugías o tratamientos que ha tenido el paciente relacionados con su forma de caminar (por ejemplo, cirugía de miembros inferiores o miembros superiores, cirugía de la columna, inyecciones de Botox, rizotomía, y/o bomba de baclofen).

Please list any surgical procedures or treatments the patient has had related to his/her gait or walking (for example, lower extremity surgery, upper extremity surgery, spine surgery, Botox, Rhizotomy, and/or Baclofen pump).

**Fecha**      **Tipo de tratamiento o procedimiento quirúrgico**

Date      Type of treatment or surgical procedure

**Habilidades físicas del paciente (esta sección está relacionada con la capacidad del paciente para hacer transferencias y caminar):**

1. Por favor escoja **una** respuesta que mejor describa la habilidad típica o normal del paciente (**con el tipo de ayuda externa que normalmente utiliza**).

Please choose one statement that best describes the patient's usual or typical walking abilities (with the use of assistive devices typically used).

Este paciente:

- 1) No puede caminar de ninguna manera
- 2) Puede dar algunos pasos con la ayuda de otra persona. No soporta completamente el peso en los pies; no camina regularmente
- 3) Camina como ejercicio en terapia y/o menos que las distancias normales dentro de la casa
- 4) Camina dentro de la casa, pero progresa lentamente. No camina dentro de la casa regularmente (principalmente camina en terapia o como ejercicio)
- 5) Regularmente camina dentro de la casa y/o escuela. Camina sólomente adentro
- 6) Camina más de 15-50 pies afuera de la casa , pero generalmente utiliza silla de ruedas o coche para distancias largas o en áreas congestionadas
- 7) Camina afuera distancias en la comunidad, pero sólo en superficies planas (no puede subir escalones, terreno irregular, o escaleras sin la ayuda de otra persona)
- 8) Camina fuera de casa distancias en la comunidad, camina fácilmente en superficies planas, escalones, y terreno irregular pero tiene dificultad o necesita ayuda mínima o supervisión por seguridad
- 9) Camina fuera de casa distancias en la comunidad, camina fácilmente en superficies planas, escalones, y terreno irregular pero tiene dificultad o necesita ayuda mínima o supervisión cuando corre,trepa, y/o escaleras. Presenta cierta dificultad para mantenerse al ritmo de actividad de los compañeros
- 10) Camina, corre, y trepa en terreno plano e irregular, y sube y baja escaleras sin dificultad o ayuda. Típicamente es capaz de mantenerse al ritmo de actividad de los compañeros

2. Por favor describa la habilidad del paciente con las siguientes actividades.

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name:  
MR#:  
D.O.B:

Please rate how easy it is for the patient to do the following activities.

	Fácil	Un poco difícil	Muy difícil	No puede hacerlo	Muy joven para esta actividad
1. Camina cargando un objeto	0	0	0	0	0
2. Camina cargando un objeto frágil o un vaso con agua	0	0	0	0	0
3. Sube y baja escaleras usando la baranda	0	0	0	0	0
4. Sube y baja escaleras sin usar la baranda	0	0	0	0	0
5. Sube y baja un escalón independientemente	0	0	0	0	0
6. Corre	0	0	0	0	0
7. Corre bien incluyendo esquinas con buen control	0	0	0	0	0
8. Puede caminar hacia atrás	0	0	0	0	0
9. Puede maniobrar en áreas estrechas	0	0	0	0	0
10. Se sube y baja del bus independientemente	0	0	0	0	0
11. Salta la cuerda	0	0	0	0	0
12. Puede saltar de un escalón	0	0	0	0	0
13. Salta en el pie derecho	0	0	0	0	0
14. Salta en el pie izquierdo	0	0	0	0	0
15. Camina sobre un objeto, pie derecho primero	0	0	0	0	0
16. Camina sobre un objeto, pie izquierdo primero	0	0	0	0	0
17. Patea el balón con el pie derecho	0	0	0	0	0
18. Patea el balón con el pie izquierdo	0	0	0	0	0
19. Monta bicicleta (dos ruedas)	0	0	0	0	0
20. Monta triciclo (o bicicleta con llantas de entrenamiento)	0	0	0	0	0
21. Patina en el hielo o con ruedas	0	0	0	0	0
22. Puede subir en escalera eléctrica independientemente	0	0	0	0	0

3. El paciente se tropieza más frecuentemente que lo típico para su edad/nivel de actividad?  Sí  No  No, porque está supervisado permanentemente

Does the patient trip or stumble more often than typical for age/level of activity?

3a. Si sí, con qué frecuencia?  1 vez al mes  1 vez a la semana  1-2 veces al día  Muchas veces al día  
If yes, how often? Multiple times/day

4. El paciente se cae más frecuentemente que lo típico para su edad/nivel de actividad?  Sí  No  No, porque está supervisado permanentemente

Does the patient fall more often than typical for age/level of activity?

4a. Si sí, con qué frecuencia?  1 vez al mes  1 vez a la semana  1-2 veces al día  Muchas veces al día  
If yes, how often? Multiple times/day

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name:  
MR#:  
D.O.B:

5. En su opinión, cómo limitan los siguientes problemas la forma de caminar del paciente (marque todos los que crea que corresponden).

In your opinion, rate how the following limit the patient's walking ability (mark as many as you think apply).

	Nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	Frecuente	Siempre
Dolor (Si el paciente tiene dolor, favor contestar pregunta 2a) (Pain)	0	0	0	0	0
Debilidad (weakness)	0	0	0	0	0
Resistencia, tolerancia o fuerza (Endurance, tolerance, or strength)	0	0	0	0	0
Habilidad mental (como problema de concentración o conciencia) (Mental ability)	0	0	0	0	0
Seguridad (Safety concerns)	0	0	0	0	0
Balance o equilibrio	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0

Por favor describa: \_\_\_\_\_

4. Indique el sitio de dolor y cuándo ocurre. Por favor señale todas las que corresponden:

Indicate the location of the pain and when it occurs. Please check all that apply:

**R**=Derecho **L**=Izquierdo **B**=Los dos

				Comienzo o final del día	Caminando distancias cortas	Caminando largo tiempo	De pie	Escaleras o terreno irregular	Dolor constante no relacionado a actividad
Espalda Back	baja lower	alta upper	ambas both	0	0	0	0	0	0
Caderas Hips	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	0	0	0	0	0	0
Rodillas Knees	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	0	0	0	0	0	0
Tobillos Ankles	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	0	0	0	0	0	0
Pies Feet	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	0	0	0	0	0	0
Otro:				0	0	0	0	0	0

Por favor describa: \_\_\_\_\_

## Initial Functional Assessment Questionnaire (Spanish)



Patient Name:

MR#:

D.O.B:

5. El paciente asiste a un programa de fisioterapia actualmente?  Sí  No

Is the patient currently involved in a physical therapy program?

Si la respuesta es sí por favor responda las siguientes preguntas.

If yes, please answer the following questions.

5a. Cuál de los siguientes tipos describe mejor el programa de fisioterapia?

Which of the following best describes the type of physical therapy program?

- a) Programa en la escuela con tratamiento ofrecido por una licenciada en terapia física
- b) Programa en la escuela con tratamiento ofrecido por una auxiliar u otro trabajador de la escuela
- c) Educación física adaptada en la escuela
- d) Programa en hospital o consulta externa ofrecido por una licenciada en terapia física
- e) Terapia física en la casa ofrecido por una licenciada en terapia física
- f) Programa casero solamente
- g) Combinación de lo anterior, u otro tipo. Por favor describa \_\_\_\_\_
- h) Otro, por favor describa : \_\_\_\_\_

5b. Con qué frecuencia participa el paciente en un programa de terapia física, incluyendo ejercicios en la casa?

How often does the patient usually participate in a therapy type program including exercising at home?

- a) Todos los días
- b) 4-6 veces a la semana
- c) 3 veces a la semana
- d) 2 veces a la semana
- e) 1 vez a la semana
- f) 2 veces al mes
- g) 1 vez al mes
- h) Al comienzo y al final del año escolar
- i) Nunca
- j) Otro, por favor describa \_\_\_\_\_

5c. Con qué frecuencia el paciente vé a una licenciada en terapia física para evaluación, consulta, o tratamiento?

How often does the patient see a licensed physical therapist for evaluation, consultation, or treatment?

- a) Todos los días
- b) 4-6 veces a la semana
- c) 3 veces a la semana
- d) 2 veces a la semana
- e) 1 vez a la semana
- f) 2 veces al mes
- g) 1 vez al mes
- h) Al comienzo y al final del año escolar
- i) Nunca
- j) Otro, por favor describa \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por llenar este cuestionario.**