

Nombre: _____ Fecha: _____



Escala de Funcionalidad de la Extremidad Inferior

Estamos interesados en saber si esta teniendo alguna dificultad al realizar las actividades enumeradas a continuación debido al problema en su pierna.

Por favor de una respuesta por cada una de las actividades En el día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades: *(Encierra en un círculo un número en cada línea)*

Actividades	Extremadamente difícil, o incapaz de realizar la actividad	Considerablemente difícil	Moderadamente difícil	Un poco difícil	Sin Dificultad
1. Cualquiera de sus actividades usuales del trabajo, escuela o quehaceres del hogar..	0	1	2	3	4
2. Sus pasatiempos, actividades recreacionales o deportivas usuales.	0	1	2	3	4
3. Entrar o salir de la tina.	0	1	2	3	4
4. Caminar entre habitaciones.	0	1	2	3	4
5. Ponerse los zapatos o las medias/calzetines.	0	1	2	3	4
6. Agacharse / estar de cuclillas.	0	1	2	3	4
7. Alzar un objeto, como una bolsa con víveres del piso.	0	1	2	3	4
8. Realizar actividades ligeras en casa.	0	1	2	3	4
9. Realizar actividades pesadas en casa.	0	1	2	3	4
10. Subirse o bajarse de su vehículo.	0	1	2	3	4
11. Caminar 2 cuadras.	0	1	2	3	4
12. Caminar una milla.	0	1	2	3	4
13. Subir o bajar 10 gradas (1 tramo de escaleras).	0	1	2	3	4
14. Estar de pie por una hora.	0	1	2	3	4
15. Estar sentado por una hora.	0	1	2	3	4
16. Correr por un terreno plano.	0	1	2	3	4
17. Correr por un terreno desigual.	0	1	2	3	4
18. Hacer giros bruscos mientras está corriendo con rapidez.	0	1	2	3	4
19. Saltar en un pie.	0	1	2	3	4
20. Dar vueltas en la cama.	0	1	2	3	4
TOTALES DE COLUMNA					

Score variation ± 6 LEFS points
MDC & MCID = 9 LEFS points

Score _____/80 = _____%