

## FOTO Patient Intake Survey Foot, Ankle, Lower Leg (without knee)

*Staff to Complete*

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ Patient ID: \_\_\_\_\_

Gender: Male / Female    Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Clinician: \_\_\_\_\_

Body Part \_\_\_\_\_ Impairment \_\_\_\_\_ Care Type \_\_\_\_\_

Payer Source \_\_\_\_\_ Date of Survey: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estamos interesados en cómo se siente Ud. Y con qué habilidad puede hacer sus actividades usuales. Esta información nos podrá ser útil para poder recomendar el mejor tratamiento. Por favor conteste cada pregunta basado en su habilidad, sin importar como puede realizar la actividad. Si Ud. No ha realizado la actividad recientemente, por favor elija la respuesta más exacta.

Debido a su problema en el pie / el tobillo o la pantorrilla, ¿está usted teniendo alguna dificultad para:	Me es muy difícil o imposible	Bastante dificultad	Dificultad moderada	Poca dificultad	Sin dificultad
1. Su trabajo usual, como su trabajo en casa o en la escuela?					
2. Entrar o salir de la bañera?					
3. Caminar entre las habitaciones?					
4. Alzar un objeto del suelo, tal como una bolsa de comestibles?					
5. Realizar actividades ligeras en su casa?					
6. Realizar trabajos pesados en su casa?					
7. Caminar dos cuadras?					
8. Subir o bajar 10 escalones (aproximadamente 1 piso de escalera)?					
9. Estar parado durante una hora?					
10. Correr sobre suelo desnivelado?					

11. Indique cuantas veces ha tenido cirugía para su dolencia principal.     Ninguno     1     2     3     4+
12. ¿Hace cuantos días que comenzó su dolencia?     0-7 días     8-14     15-21     22-90     91 días a 6 meses     Más de 6 meses
13. ¿Está tomando medicinas con prescripción para su dolencia?     Sí     No
14. ¿Alguna vez antes ha recibido tratamiento para esta condición?     Sí     No



# Índice Funcional de la Extremidad Inferior

Estamos interesados en saber si usted tiene alguna dificultad en absoluto con las actividades que se enumeran a continuación, debido a su problema de la extremidad inferior para las cuales usted está buscando atención. Por favor, proporcione una respuesta para cada actividad.

Hoy, tiene usted alguna dificultad en absoluto con:

	<b>Actividades</b>	<b>Extrema dificultad o no puede realizar la actividad</b>	<b>Un poco de dificultad</b>	<b>Dificultad moderada</b>	<b>Un poco de dificultad</b>	<b>Ninguna dificultad</b>
<b>a</b>	Cualquiera de sus actividades habituales de trabajo, tareas del hogar o de la escuela	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>b</b>	Sus aficiones habituales, actividades recreativas o deportivos	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>c</b>	Entrar o salir de la bañera	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d</b>	Caminar entre las habitaciones	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>e</b>	Ponerse los zapatos o las medias	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>f</b>	Arrodillarse	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>g</b>	Levantar un objeto, como una bolsa de compra desde el suelo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h</b>	Realizando actividades livianas alrededor de su hogar	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i</b>	Realizando actividades pesadas alrededor de su hogar	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j</b>	Entrar o salir de un carro	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>k</b>	Caminar dos cuadras	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>l</b>	Caminar una milla	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>m</b>	Subir o bajar 10 escalones (alrededor de un nivel de piso)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>n</b>	De pie durante 1 hora	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>o</b>	Sentado durante 1 hora	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>p</b>	Correr en terreno llano	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>q</b>	Correr en terreno irregular	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>r</b>	Tomar curvas cerradas mientras corriendo rápido	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>s</b>	Saltando	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>t</b>	Rodar sobre la cama	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>COLUMN TOTALS</b>						

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

Score \_\_\_\_\_/80