

I.M.P.R.E.S.S.
Short Musculoskeletal
Function Assessment
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)

Patient Study Number	Completed By: _____ Clinic: _____
Visit Date (MM/DD/YY) ____ / ____ / ____	Visit Schedule (<i>check appropriate box</i>) <input type="checkbox"/> PreOp <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

Instrucciones: Estamos interesados en saber como se encuentra usted esta semana en relación a la lesión o artritis que usted sufre. Nos gustaría saber si usted tiene algunos problemas al realizar sus actividades cotidianas debido a la lesión o artritis que usted sufre. Por favor marque la respuesta que mejor describe como usted contestaría las siguientes preguntas. Estas preguntas son acerca de que tanta dificultad a tenido usted ESTA SEMANA al realizar sus actividades cotidianas debido a la lesión o artritis que usted sufre.

	No es nada difícil	Es poco difícil	Es algo difícil	Es muy difícil	Es completamente imposible
01. Que tan difícil es para usted pararse de una silla con asiento bajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02. Que tan difícil es para usted abrir una botella de medicinas, o un envase de rosca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03. Que tan difícil es para usted hacer las compras de la casa (hacer el mandado, ir a la plaza, hacer los pagos, etc.,)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04. Que tan difícil es para usted subir las escaleras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05. Que tan difícil es para usted cerrar la mano y hacer un puño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06. Que tan difícil es para usted entrar o salir de la tina o cuando esta en la regadera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07. Que tan difícil es para usted ponerse cómodo (acomodarse) para poder dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08. Que tan difícil es para usted ponerse en cuclillas, o doblarse para recoger algo del suelo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09. Que tan difícil es para usted abotonarse la ropa, cerrar la bragueta, o ponerse el cinturón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Que tan difícil es para usted cortarse las uñas de las manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Que tan difícil es para usted vestirse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Que tan difícil es para usted caminar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Que tan difícil es para usted empezar a caminar o a moverse después de estar sentado o acostado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Que tan difícil es para usted salir de la casa por cuenta propia? (solo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Que tan difícil es para usted manejar un automóvil? (coche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Qué tan difícil es para usted limpiarse después de ir al baño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Qué tan difícil es para usted abrir la llave del lavabo, abrir puertas, o bajar el vidrio del automóvil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I.M.P.R.E.S.S.
Short Musculoskeletal
Function Assessment
 To be completed by the PATIENT

Patient Study Number	Completed By: _____ Clinic: _____
Visit Date (MM/DD/YY) ____ / ____ / ____	Visit Schedule (<i>check appropriate box</i>) <input type="checkbox"/> PreOp <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

18. Qué tan difícil es para usted escribir o usar la computadora (máquina de escribir)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Qué tan difícil es para usted plantar una pierna y con la otra girar hacia delante y hacia atrás (como el movimiento de un compás)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Qué tan difícil es para usted realizar sus actividades de recreación o actividades físicas, como andar en bicicleta, trotar, correr, caminar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Qué tan difícil es para usted realizar sus actividades de ocio (pasatiempos, hobbies) como jugar cartas, salir con sus amigos, tejer, coser, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Qué tanta dificultad esta usted teniendo con su vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Qué tan difícil es para usted realizar actividades ligeras como mantener su jardín, lavar los trastes, (utensilios de cocina) regar las plantas, limpiar la casa.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Qué tan difícil es para usted realizar actividades pesadas en la casa como trapear el piso, aspirar, lavar el auto, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Qué tan difícil es para usted realizar su trabajo, el quehacer de la casa, labores manuales pesadas? (coser en máquina, bordar, pintar,)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las siguientes preguntas están relacionadas con la frecuencia con la que usted ha tenido problemas ESTA SEMANA debido a su lesión o artritis.

	Nunca	Muy pocas veces	La mitad del tiempo	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
26. Qué tan seguido cojea usted al caminar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. El dolor o sensación de incomodidad le impiden utilizar su extremidad (es) afectadas o su espalda (si su espalda es la zona afectada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Qué tan seguido tiene usted una sensación en la rodilla de que se atora? (sensación de que hay algo que impide el movimiento normal en la rodilla) o una sensación de que la rodilla se va a vencer (inestabilidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Qué tan seguido tiene usted problemas para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Qué tan seguido usted padece dolor al día siguiente de haber realizado mucha actividad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Qué tan seguido usted parece irritable para las personas a su alrededor? (por ejemplo se enoja fácilmente, contesta fuerte, critica con facilidad a los demás)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Qué tan seguido usted se siente cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Qué tan seguido usted se siente incapacitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Qué tan seguido usted se siente enojado o frustrado de que usted tuvo o tiene esta lesión o artritis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I.M.P.R.E.S.S.
Short Musculoskeletal
Function Assessment
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)

Patient Study Number	Completed By: _____ Clinic: _____
Visit Date (MM/DD/YY) ____ / ____ / ____	Visit Schedule (<i>check appropriate box</i>) <input type="checkbox"/> PreOp <input type="checkbox"/> 3 mo <input type="checkbox"/> 6 mo <input type="checkbox"/> 12 mo <input type="checkbox"/> 24 mo

Las siguientes preguntas están relacionadas a que tan molesto esta usted, debido a los problemas que esta padeciendo ESTA SEMANA debido a su lesión o artritis.

	No me causan molestia	Un poco de molestia	Algo molesto	Bastante molesto	Extremad a-Mente molesto
35. Qué tan molesto es para usted por los problemas que padece, con sus manos, brazos o piernas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Qué tan molesto es para usted, por los problemas causados, cuando utiliza su espalda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al realizar actividades en su hogar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al bañarse, vestirse, ir al baño, o al realizar actividades de aseo personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al dormir o intentar descansar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, en sus momentos de ocio, o al realizar sus actividades de recreación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, con sus amistades, familiares u otras personas importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al pensar, intentar concentrarse, o intentar recordar algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al tener que acostumbrarse a vivir con su lesión o con artritis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al realizar su trabajo o labor profesional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al sentirse que depende de otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Qué tan molesto esta usted por los problemas que padece, al sentir dolor o una sensación de falta de flexibilidad? (sensación de que su articulación esta tiesa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muchas gracias por contestar el cuestionario!