

**Pérdida de disfrute y deberes bajo coacción resumen**

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

Completar el cuestionario siguiente lo que se refiere a cómo su lesión afecta el rendimiento de tu vida y tareas de trabajo. Coloque una marca en el frente de la cotidiana **deberes vivos o trabajos que son dolorosas o difícil de realizar debido a las lesiones** que sufrió. A continuación, marque la razón designación de cuadro apropiado de dificultad. Incluir esas deberes y responsabilidades, que requieren que reducir el tiempo que es capaces de realizarles.

Descripción del Trabajo: _____

N/A trabajo razón para la limitación de dificultad

___ Levantamiento: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Flexión: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Sentado: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Caminando: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Funciones de computadora: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
Otros: _____ Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar

N/A Escuela de estudios/N/A razón para la limitación de dificultad

___ Levantamiento: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Bending: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Sentado: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Caminando: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
___ Funciones de computadora: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Estudiando: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
Otros: _____: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar

N/A domésticos deberes razón para la limitación de dificultad

___ Aspiradora: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Teniendo cuidado de niños: Dolor aumentó/ansiedad restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Limpieza: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Preparar comidas: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Otros: _____ Dolor aumentó/ansiedad restricción de movimiento fatiga no se puede realizar

N/A hogar deberes razón para la limitación de dificultad

___ Trabajo de Jardín: Dolor aumentó restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Transporte: Dolor aumentó/ansiedad restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Compras: Dolor aumentó/ansiedad restricción de movimiento fatiga no se puede realizar
___ Sacar basura: Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
Otros: _____ Dolor aumentó/ansiedad restricción de movimiento fatiga no se puede realizar

N/A Deportes razón para la limitación de dificultad

Nombre de deporte: _____ Dolor aumentó restricción de movimiento debilidad no se puede realizar
Nivgi de participación antes del accidente Socialmente Competitivo Professional

Firma del paciente: _____ fecha: ____ / ____ / 20 ____