



Follow up 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
Madre del paciente Patient's mother
Padre del paciente Patient's father
Padre adoptivo Foster parent
Otra relación Other relationship

5. Grado del paciente en la escuela:
Patient's grade in school
No vá a la escuela Not in school
Pre-escolar o guardería Pre-school or daycare
Kindergarten
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
College o Universidad College or University
Entrenamiento técnico Technical or vocational training
Otro:

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.



Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

Historia Médica del paciente:

1. El paciente sufre de convulsiones? Sí No

Does the patient have a seizure disorder?

1a. Si la respuesta es sí; toma medicamentos para las convulsiones? Sí No

If yes, is medication used for seizure control?

1b. Si la respuesta es sí, cuáles medicamentos?

If yes, please list medication (s):

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, cuáles medicamentos?

If yes, please list medication (s):

3. El paciente está tomando medicamentos para la espasticidad? Sí No

Is the patient currently on medication to control spasticity?

3a. Si la respuesta es sí, cuáles medicamentos?

If yes, please list medication (s):

4. El paciente ha tenido algún procedimiento quirúrgico o tratamiento relacionado con su forma de caminar (por ejemplo cirugías de miembros inferiores o miembros superiores, cirugía de columna, inyecciones de botox, rizotomía, y/o bomba de baclofén) desde su última visita al Laboratorio de Marcha?

Has the patient had any surgical procedures or treatments related to his/her gait or walking (for example, lower extremity surgery, upper extremity surgery, spine surgery, Botox, Rhizotomy, and/or Baclofen pump) since their last visit to the Gait Lab?

Sí No

5. Si la respuesta es sí, por favor enumere los procedimientos en el espacio de abajo (si necesita espacio adicional, use el respaldo de la hoja). **Si no, siga a la pregunta 12.**

If yes, please list in the space below (if you need additional space, use back of page). If no, skip to question 12.

Fecha **Tipo de tratamiento o cirugía**

Date Type of treatment or surgical procedure



Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

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

Patient's Physical Abilities (this section pertains to the patient's transferring and walking abilities):

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. 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



Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

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

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.

	Nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	Frecuentemente	Siempre
Dolor (si el paciente tiene dolor, conteste la pregunta 6) (pain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debilidad (weakness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resistencia, tolerancia o fuerza (endurance, tolerance, or strength)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidad mental (como problema de concentración o conciencia) (mental ability)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad (safety concerns)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor describa: _____

6. 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	baja	alta	ambas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Back	lower	upper	both						
Caderas	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hips									
Rodillas	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knees									
Tobillos	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankles									
Pies	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feet									
Otro				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor describa: _____



Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

Si su hijo(a) no ha tenido ninguna cirugía desde la última vez que vino al Laboratorio de Marcha, continúe a la sección de Terapia Física.

Resultados de la cirugía:

1. Por favor, califique los siguientes puntos comparándolos antes y después de la cirugía:

Please rate the following comparing from before to after intervention:

	Mejóro	Empeoro	No cambio	No aplicable
Dolor (pain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuerza (strength)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resistencia (endurance)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para mantenerse al ritmo de actividad de los amigos (ability to keep up with friends)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Qué efecto tuvo la cirugía en su niño en los siguientes aspectos (por favor marque)?

What effect did the surgery have for the patient in the following areas?

	Ayudó	Empeoro	No cambio
Auto estima (Self Esteem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidad (Mobility)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interacciones sociales y con compañeros (Social/Peer Interactions)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Independencia (independence)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imagen de su cuerpo (Body Image)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Por favor enumere las destrezas que ha ganado el paciente después de la cirugía (por ejemplo, él/ella puede agacharse o levantarse del suelo sin ayuda).

Please list the skills the patient has gained after his/her surgery (for example, he/she can now get up and down off the floor without help).

4. Por favor enumere las destrezas que el paciente ha perdido después de la cirugía (por ejemplo, él/ella no puede agacharse más o levantarse del suelo sin ayuda).

Please list the skills that your child has lost after surgery (for example, he/she no longer is able to get up and down off the floor by his/herself).



Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

5. **(Padres o pacientes adultos)** Se cumplieron sus expectativas con la cirugía? (encierre en un círculo)

Were your expectations for surgery met?

Definitivamente sí
Definitely Yes

Sí
Probably Yes

No estamos seguros
Not Sure

No
Probably Not

Definitivamente No
Definitely Not

Por favor explique: _____

6. **(Padres o pacientes adultos)** Valió la pena la cirugía? Lo haría otra vez? (encierre en un círculo)

Were the results of surgery worth the difficulties, i.e., would you do it again?

Definitivamente sí
Definitely Yes

Sí
Probably Yes

No estamos seguros
Not Sure

No
Probably Not

Definitivamente No
Definitely Not

Por favor explique: _____

7. **(Padres o pacientes adultos)** El sentimiento general de los padres o el responsable del niño del resultado de la cirugía. (encierre en un círculo)

Overall, the parent or caregiver's feeling towards the result of the surgery is:

Extremadamente satisfecho

Satisfecho

Neutro

Insatisfecho

Extremadamente insatisfecho

Por favor explique: _____

8. **(Para pacientes de 10 años o mayores)** Como paciente, los resultados de la cirugía le parecen: (encierre en un círculo)

Overall, my feeling towards the results of the surgery is:

Extremadamente satisfecho

Satisfecho

Neutro

Insatisfecho

Extremadamente insatisfecho

Por favor explique: _____

Si el paciente no puede contestar esta pregunta marque acá.





Follow up Assessment Questionnaire (Spanish)

Patient Name:

MR#:

D.O.B:

Programa de fisioterapia:

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.

1.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:
-

2. 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. Otro, por favor describa:
-

3. 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. Otro, por favor describa:
-

Muchas gracias por llenar este cuestionario.