
FOOT FUNCTIONAL INDEX SPANISH- FFI-SP

Nombre: _____

Fecha: _____

		1	2	3
1.	¿Intensidad máxima del dolor del pie?			
2.	¿Le duele el pie por la mañana?			
3.	¿Dolor del pie al caminar?			
4.	¿Dolor del pie al estar de pie?			
5.	¿Dolor al caminar con zapatos?			
6.	¿Dolor al permanecer de pie con zapatos?			
7.	¿Dolor al caminar con plantillas?			
8.	Dolor al permanecer de pie con plantillas?			
9.	¿Nivel de dolor al final del día?			
10.	¿Tiene dificultad al andar en casa?			
11.	¿Tiene dificultad al andar por la calle?			
12.	¿Tiene dificultad al andar 500 metros?			
13.	¿Tiene dificultad al subir escaleras?			
14.	¿Tiene dificultad al bajar escaleras?			
15.	¿Tiene dificultad al estar de puntillas?			
16.	¿Tiene dificultad al levantarse de la silla?			
17.	¿Tiene dificultad al subir el bordillo de la acera?			
18.	¿Tiene dificultad al andar rápido?			
19.	¿Permaneció en casa todo el día debido a los pies?			
20.	¿Permaneció en la cama todo el día debido a los pies?			
21.	¿Limitó sus actividades debido a sus pies?			
22.	¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda dentro de casa?			
23.	¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda fuera de casa?			