

SIMPLE SHOULDER TEST

NHC Y NOMBRE DEL PACIENTE _____

Operación/Diagnóstico: _____

Fecha: _____

Lateralidad: R L

Examen Pre-op

3 meses

6 meses

1 año

2 años

_____ años

1. ¿Está cómodo su hombro con el brazo en reposo o a su lado?	Sí	No
2. ¿Le permite dormir bien su hombro?	Sí	No
3. ¿Puede alcanzar la parte de su espalda con el brazo afectado para meterse la camisa?	Sí	No
4. ¿Puede colocar la mano del brazo afectado detrás de su cabeza con el codo recto hacia el lado del cuerpo?	Sí	No
5. ¿Puede colocar una moneda con el brazo afecta encima de un estante, al nivel del hombro, sin doblar el codo?	Sí	No
6. ¿Puede alzar 1 libra (1/2 kilogramo o 1/2 litro de leche) con el brazo afectado a el nivel del hombro sin doblar el codo?	Sí	No
7. ¿Puede alzar 8 libras (3 kgr de peso) con el brazo afectado al nivel del hombro sin doblar el codo?	Sí	No
8. ¿Puede llevar veinte libras (9 kgr) al lado con su brazo afectado?	Sí	No
9. ¿Piensa que puede tirar una pelota por debajo (p.e. petanca o bolos) a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado?	Sí	No
10. ¿Piensa que puede tirar una pelota por encima de la cabeza (p.e. balonmano, jabalina) a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado?	Sí	No
11. ¿Puede lavarse la espalda del lado opuesto con el brazo afectado?	Sí	No
12. ¿El hombro le permitiría trabajar tiempo completo en su trabajo actual?	Sí	No