

SIMPLE SHOUDER TEST

FECHA: _____ NOMBRE: _____

LESIÓN _____ HOMBRO IZQUIERDO DERECHO*Conteste cada pregunta rodeando con un círculo "Sí" o "No"**Si usted normalmente no puede hacer la actividad, trate de imaginar si pudiera, ¿su hombro le limitaría? Si la actividad no causa dolor, o rara vez produce dolor, entonces conteste "Sí"; si el hombro le duele a veces, a menudo o siempre cuando hace usted la actividad, responda "No".*

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está cómodo cuando descansa sobre el brazo del lado afecto? | Sí | No |
| 2. ¿Le permite su hombro dormir confortablemente? | Sí | No |
| 3. ¿Puede alcanzar la parte baja de su espalda para meterse la camisa? | Sí | No |
| 4. ¿Puede colocar su mano por detrás de la cabeza con el codo hacia fuera? | Sí | No |
| 5. ¿Puede colocar una moneda en una estantería a la altura de su hombro sin doblar el codo? | Sí | No |
| 6. ¿Puede levantar medio kilo hasta la altura del hombro sin doblar el codo? | Sí | No |
| 7. ¿Puede levantar 3,5 kg hasta la altura del hombro sin doblar el codo? | Sí | No |
| 8. ¿Puede transportar 9 kg utilizando la extremidad afectada? | Sí | No |
| 9. ¿Cree que puede lanzar una pelota (de tenis) por debajo del hombro unos 9 metros con la extremidad afectada? | Sí | No |
| 10. ¿Cree que usted puede lanzar una pelota (de tenis) por encima de la cabeza unos 18 metros con la extremidad afectada? | Sí | No |
| 11. ¿Se puede lavar la parte posterior de su hombro contrario con la extremidad afectada? | Sí | No |
| 12. ¿Su hombro le permite trabajar a tiempo completo en su trabajo diario? | Sí | No |

Simple Shoulder Test (SST) PUNTUACIÓN: