



SST

Nombre: _____

Fecha: _____

		I	II	III
1.	¿Está cómodo cuando descansa sobre el brazo del lado afectado?			
2.	¿Le permite su hombro dormir confortablemente?			
3.	¿Puede alcanzar la parte baja de su espalda para meterse la camisa?			
4.	¿Puede colocar su mano por detrás de la cabeza con el codo hacia fuera?			
5.	¿Puede colocar una moneda en una estantería a la altura de su hombro sin soblar el codo?			
6.	¿Puede levantar medio kilo hasta la altura del hombro sin doblar el codo?			
7.	¿Puede levantar 3,5 kg hasta la altura del hombro sin doblar el codo?			
8.	¿Puede transportar 9 kg utilizando con la extremidad afectada?			
9.	¿Cree que puede tirar una pelota (de tenis) por debajo del hombro unos 9 metros con la extremidad afecta?			
10.	¿Cree que usted puede lanzar una pelota (de tenis) por encima de la cabeza unos 18 metros con la extremidad afecta?			
11.	¿Se puede lavar la parte posterior de su hombro contrario con la extremidad afecta?			
12.	¿Su hombro le permite trabajar a tiempo completo en su trabajo diario?			