

**SIMPLE SHOULDER TEST****NHC y Nombre del Paciente****Operación/Diagnóstico****Fecha****Lateralidad: R L****Examen Pre-op  
3 meses  
1 año****6 meses****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 ½ 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