

CERTIFICATE OF TRANSLATION



TRANSPERFECT

Certification

The *kooschildenglish* has been translated from English into Spanish (US) by TransPerfect Translations International, Inc. under project ID US0095209. The following methodology was used, according to industry-standards:

- Concept Definition
- Dual Forward Translation
- Reconciliation
- Dual Back Translation
- Resolution of Back Translation and Forward Translation
- Client Review
- Cognitive Debriefing interviews
 - 5 respondents per target country/ language
 - Adolescents, ages 10-16 years old, with symptomatic chondral or osteochondral defects of the knee due to osteochondritis dissecans or acute trauma
- Final Formatting and Proofreading

TransPerfect Translations International, Inc., a worldwide language services and solutions organization with offices in over eighty-five cities globally, is an industry leader in translation and linguistic validation. TransPerfect has over twenty years experience in translating pharmaceutical and life sciences documents from and into over 100 languages, its work being accepted by business organizations, governmental authorities and regulatory agencies throughout the United States and internationally.

TransPerfect Translations International, Inc.

Name: Claire Mammen

Title: Team Lead

Dated: December 20, 2017

ENCUESTA DE RODILLA KOOS-Niños

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas recopilan información sobre cómo te afecta la lesión de la rodilla. Responde cada pregunta marcando la casilla correspondiente; debes marcar solo una casilla para cada pregunta. Si no estás seguro/a sobre cómo responder una pregunta, selecciona la mejor respuesta que puedas.

PROBLEMAS EN LA RODILLA

S1. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se te inflamó la rodilla?

Nunca Raras veces A veces A menudo Siempre

S2. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tu rodilla hizo ruidos/sonidos?

Nunca Raras veces A veces A menudo Siempre

S3. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se te trabó la rodilla?

Nunca Raras veces A veces A menudo Siempre

S4. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia pudiste estirar completamente la rodilla por tu cuenta?

Siempre A menudo A veces Raras veces Nunca

S5. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia pudiste flexionar completamente la rodilla por tu cuenta?

Siempre A menudo A veces Raras veces Nunca

S6. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para mover la rodilla justo después de despertarte por la mañana?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

S7. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste más tarde durante el día para mover la rodilla después de estar quieto/a por un tiempo?

Ninguna Poca Alguna Mucha Excesiva

D1. En el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste dolor de rodilla?

Nunca Raras veces A veces A menudo Todo el tiempo

INTENSIDAD DEL DOLOR

¿Cuánto dolor de rodilla tuviste en los últimos 7 días al realizar las siguientes actividades?

Marca la mejor respuesta para cada ítem

	Ningún dolor	Poco dolor	Algo de dolor	Mucho dolor	Dolor excesivo
D2. Girar/rotar sobre la rodilla lesionada al caminar/estar de pie/correr					
D3. Estirar por completo la rodilla lesionada					
D4. Flexionar por completo la rodilla lesionada					
D6a. Subir escaleras					
D6b. Bajar escaleras					
D8a. Sentarte con la rodilla lesionada flexionada					
D9. Estar de pie con ambas piernas por un tiempo					

DIFICULTAD DURANTE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

A1. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para bajar escaleras?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A2. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para subir escaleras?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A3. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para levantarte de una silla?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A5. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para agacharte y recoger un objeto del suelo?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A7. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para entrar/salir de un auto?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A10. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para levantarte de la cama?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A12. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para cambiar la posición de la rodilla mientras estabas acostado?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A13. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad has tenido para entrar/salir de la tina/ducha?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A14. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para sentarte en una silla con la rodilla lesionada flexionada?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva





A16. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para transportar bolsas/mochilas/etc. pesadas?




Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

A17. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para realizar tareas livianas, como limpiar tu cuarto, llenar/vaciar el lavavajillas, tender la cama, etc.?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

DIFICULTAD DURANTE DEPORTES Y JUEGOS

<p>DJ1. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para ponerte en cuclillas durante juegos o actividades deportivas?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Alguna <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	
<p>DJ2. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para correr durante juegos o actividades deportivas?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Alguna <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	
<p>DJ3. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para saltar durante juegos o actividades deportivas?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Alguna <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	
<p>DJ4. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para girar/rotar debido a la rodilla lesionada al jugar o hacer actividades deportivas?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Alguna <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	

<p>DJ5. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para arrodillarte por tu rodilla lesionada?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>Poca <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna <input type="checkbox"/></p> <p>Mucha <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	
<p>DJN6. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para mantener el equilibrio al caminar/correr sobre superficies irregulares?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>Poca <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna <input type="checkbox"/></p> <p>Mucha <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	
<p>DJN7. En los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad tuviste para practicar deportes por tu rodilla lesionada?</p> <p>Ninguna dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>Poca <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna <input type="checkbox"/></p> <p>Mucha <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad excesiva <input type="checkbox"/></p>	

¿CÓMO HA AFECTADO TU VIDA LA LESIÓN?

C1. ¿Con qué frecuencia piensas en tu problema de rodilla?

Nunca Raras veces A veces A menudo Todo el tiempo

C2. ¿Cuánto has cambiado tu estilo de vida por tu rodilla lesionada?

Nada Poco Algo Mucho Muchísimo

C3. ¿Cuánto te fías de la rodilla lesionada?

Completamente Mucho Algo Poco Nada

C4. En general, ¿cuánta dificultad tienes con la rodilla lesionada?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

CN5. ¿Cuánta dificultad has tenido para ir a la escuela o caminar por la escuela (subir escaleras, abrir puertas, transportar libros, participar en los recreos) por tu rodilla lesionada?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

CN6. ¿Cuánta dificultad has tenido para hacer cosas con tus amigos por la rodilla lesionada?

Ninguna dificultad Poca Alguna Mucha Dificultad excesiva

¡Muchas gracias por responder todas las preguntas del cuestionario!