

REGISTRACION

Nombre: _____ Genero: _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono De Casa: _____

S C V D (Favor De Circular) Numero De SS#: _____ Numero De Licencia#: _____

Dirección De Correo Electronico: _____ Celular: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico está dando su consentimiento para recibir nuestro boletín de noticias. Si no está interesado, marque aquí

Ocupación: _____ Empleador: _____ Telefono De Trabajo: _____

** Si la persona responsable no es el / la de arriba, favor de llenar la siguiente información:

Persona Responsable: _____ Relación _____ Numero De SS# _____

Fecha De Nacimiento: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ Telefono De Trabajo: _____

Poliza De Aseguranza Primaria#: Numero De Grupo# _____ Telefono De Cobros#: _____

Nobre De Asegurizado: _____ Numero De Identificacion# _____

Fecha De Nacimiento: _____

Poliza De Aseguranza Secundaria # Numero De Grupo#: _____ Telefono De Cobros#: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nobre De Asegurizado: _____ #: Numero De Identificacion _____

Vecino o pariente que no viva con usted : _____ Relación: _____

Numero De Telefono#: _____

SERVICIOS PROFESIONALES DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO QUE SON RENDIDOS

Asignación de beneficios: Yo autorizo pagos directamente a ProActive Physical Therapy Centers por los servicios rendidos y descritos anteriormente. Comprendo que soy responsable por cargos no cubridos por esta autorizacion.

Dispensa de información: Yo autorizo a ProActive Physical Therapy Centers que dispensen cualquier información necesaria para procesar esta forma de cargos.

Fecha

Firma



Información del Paciente

La Fecha de Hoy: ___ / ___ / ___

Nombre: _____ Su Altura: _____ Peso: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____ Descripción del Trabajo: _____

Médico Referente: _____

Describe cómo se lastimó, o si no ese de una lesión, describa cuándo y en qué parte de su cuerpo comenzó el dolor o la disfunción:

Si recientemente tuvo una cirugía para esta condición, por favor indique la fecha de la cirugía:

Describe los problemas o limitaciones que está teniendo ahora:

¿Ha tenido algún tratamiento previo para esta lesión (es decir, medicamentos, terapia, cirugía), breve describir cuándo y los resultados del tratamiento:

¿Está recibiendo Servicios de Salud en el Hogar? (¿Alguien viene a su casa para ayudarle?)

Si usted es alérgico a cualquier medicamento, por favor listelos:

¿Desea incluir alguna otra condición médica?
(Es decir, embarazo, problemas cardíacos,
diabetes, convulsiones, etc.)

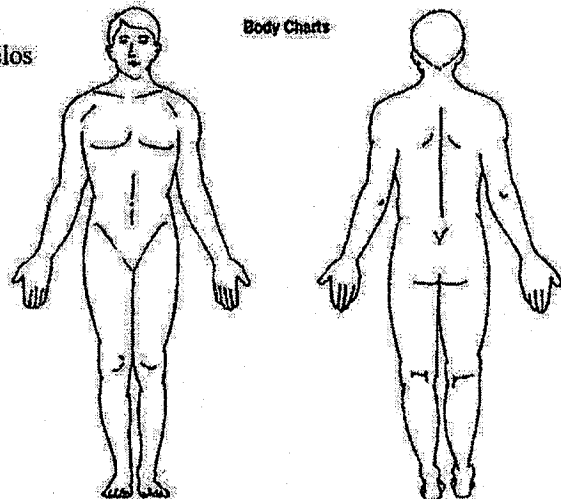
(Ponga una X en sus áreas de dolor en los diagramas)

¿Es esta lesión auto o trabajo relacionado?
En caso afirmativo, indique la fecha de la lesión _____
Compañía de Seguros: _____

¿Un doctor lo refirió? _____ Si es así, nombrar al médico _____

¿El doctor nos mencionó específicamente por nuestro nombre? _____ Si no, ¿quién en su oficina? _____

Body Charts





PROACTIVE Physical Therapy Centers

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que ProActive Physical Therapy Centers (a los que se hace referencia a continuación como "la clínica") usarán y revelarán información de salud acerca de mí en el transcurso de proporcionar atención de terapia física a mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información creada y recibida por la clínica, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, Diagnóstico, tratamientos, procedimientos e información similar relacionada con la salud.

Entiendo que a la clínica se le permite usar y divulgar mi información médica para:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento
- Refiérase a / o consulte y coordine con otros proveedores de atención médica en el curso de mi tratamiento
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamaciones y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar por parte o la totalidad de mi atención médica
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan la capacidad de las clínicas de proporcionarme el cuidado apropiado y arreglar el pago.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad puede ser revisada de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Notificación de Prácticas de Privacidad revisada a solicitud y que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de la Clínica de Las prácticas de privacidad en el efecto se publicarán en el área de espera / recepción.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo puedo ejercer mi derecho a pedir que no se use o divulgue parte o toda mi información de salud y entiendo que la ley no requiere que la clínica acepte tales solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que he recibido o me han ofrecido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o Representante Personal:

Nombre Impreso del Paciente o Representante Personal:

Fecha: _____

Descripción de la Autoridad de Representantes:

SÓLO PARA USO DE OFICINA

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Specify): _____



PROACTIVE Physical Therapy Centers

CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJES DE TELÉFONO / LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Con el fin de proteger la confidencialidad del paciente, ProActive Physical Therapy desea obtener su consentimiento para liberar y / o dejar mensajes detallados. Si no tenemos un consentimiento firmado en el archivo, sólo podemos dejar nuestro nombre y número de teléfono en el contestador automático.

Al completar el consentimiento a continuación, usted autoriza a ProActive Physical Therapy a divulgar información o dejar un mensaje detallado en el buzón de voz o con un individuo específico. Para que podamos relacionar cualquiera de su información médica con alguien que no sea usted mismo, por favor marque # 3 abajo.

A. Doy mi consentimiento al personal de los ProActive Physical Therapy para liberar o dejar mensajes relacionados con mi atención en las siguientes situaciones: (marque todas las que apliquen)

1. _____ en el buzón de voz (domicilio y / o celular)
2. _____ en buzón de voz (trabajo)
3. _____ con _____ (relación) _____

Nombre del Paciente (Imprimir)

Fecha

Firma del Paciente

B. _____ No doy permiso para que los mensajes de voz y / o los mensajes sean dejados. Póngase en contacto conmigo directamente.

Nombre del Paciente (Imprimir) Fecha

Firma del Paciente

INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases in una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. El dolor va y viene y es muy suave.
1. El dolor es suave y no varía mucho.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es moderado y no varía mucho.
4. El dolor va y viene y es muy severo.
5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

Al Dormir

0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
5. El dolor no me deja dormir.

Al Sentarse

0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
5. Evito sentarme porque ésto aumenta el dolor inmediatamente.

Al Estar De Pie

0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
5. Evito estar parado porque ésto incrementa el dolor inmediatamente.

Al Caminar

0. No tengo dolor mientras que camino.
1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

Cuidado Personal

0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque ésto causa algo de dolor.
2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero ésto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

Al Viajar

0. No tengo dolor al viajar.
1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
2. Tengo más dolor al viajar pero ésto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

Vida Social

0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
4. El dolor has restringido mi vida social a mi casa.
5. Difícilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

Cambio en el Grado de Dolor

0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score _____

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelado por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____

Nombre: _____

Fecha: _____

La Índice de la Parte Superior de la Extremidad Funcional

Estamos interesados saber si usted tiene dificultad de una o otra manera con las actividades en la lista, en la parte inferior, a causa del malestar de la parte superior, de la cual usted esta buscando ser atendido (a). Tener la bondad y proveer una respuesta para cada actividad.

Hoy, usted tiene o tendrá alguna dificultad del todo con?

	Actividades	Extrema dificultad o Incapaz de ejercer actividad	Bastante Dificil	Moderadamente difi- cile	Unpoco Dificil	No Dificil
1	Cualquier trabajo que usted haga, casero, o actividades caseras.					
2	Sus aficiones, recreacion o actividades de deporte.					
3	Levantando una bolsa de abarrotos a nivel de la cintura.					
4	Levantando una bolsa de abarrotos sobre la cabeza.					
5	Peinando su cabello.					
6	En pujando con sus manos asia arriba (de la banera o silla).					
7	Preparando merienda (Pelar o cortar).					
8	Manejando					
9	Usando la aspiradora, barriendo o rastillando.					
10	Vistiendose					
11	Abrochando los botones.					
12	Usando herramientas o aparatos.					
13	Abriendo puertas.					
14	Limpiando.					
15	Abrochando los cordones de los zapatos.					
16	Durmiento.					
17	Lavando la ropa (planchando o doblando).					
18	Abriendo un jarro.					
19	Lanzando una pelota.					
20	Cargando uno maleta pequena (chica) con tu miembro afectado.					

ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Estamos interesados en saber si esta teniendo alguna dificultad al realizar las actividades enumeradas a continuación debido al problema en su pierna
Por favor de una respuesta por cada una de las actividades.

En el día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades:

	Actividades	Dificultad extrema o incapaz de realizar la actividad	Mucha dificultad	Dificultad Moderada	Un poco de Dificultad	Ninguna Dificultad
1	Alguna parte de su trabajo habitual, quehaceres domésticos, o actividades escolares.	0	1	2	3	4
2	Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas.	0	1	2	3	4
3	Entrando o saliendo de la tina.	0	1	2	3	4
4	Caminando de una habitación a otra.	0	1	2	3	4
5	Poniéndose los zapatos o medias.	0	1	2	3	4
6	Poniéndose en cucullas.	0	1	2	3	4
7	Levantando un objeto, por ejemplo, una bolsa de compras de supermercado del piso.	0	1	2	3	4
8	Realizando actividades ligeras en su casa.	0	1	2	3	4
9	Realizando actividades pesadas en su casa.	0	1	2	3	4
10	Subiéndose o bajándose de un carro.	0	1	2	3	4
11	Caminando dos cuadras.	0	1	2	3	4
12	Caminando una milla.	0	1	2	3	4
13	Subiendo o bajando 10 peldaños de una escalera.	0	1	2	3	4
14	Estando parado por una hora.	0	1	2	3	4
15	Estando sentado por una hora.	0	1	2	3	4
16	Corriendo sobre terreno plano.	0	1	2	3	4
17	Corriendo sobre terreno irregular.	0	1	2	3	4
18	Haciendo vueltas agudas mientras corre rápidamente.	0	1	2	3	4
19	Saltando.	0	1	2	3	4
20	Volteándose en la cama.	0	1	2	3	4
	Column Totals:					

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points

SCORE: _____ /80
Please submit the sum of responses.

Reprinted from Binkley, J., Stratford, P., Lott, S., Riddle, D., & The North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. The Lower Extremity Functional Scale: Scale development, measurement properties, and clinical application. Physical Therapy, 1999, 79, 4371-383, with permission of the American Physical Therapy Association.