**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre Apellido:

Primer Nombre:

SSN:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono de Casa:

Telefono Movil:

Correo Electronico:

Metodo preferido de recordatorios de citas: [ ] Telefono De Casa [ ] Movil [ ] Texto [ ] Correo Electronico

Como supiste de nosotros? [ ] Doctor [ ] Abogado [ ] Hospital [ ] Amigo(a) [ ] TV [ ] Radio [ ] Internet [ ] Seguro

Fecha de Nacimiento:

Genero:

Fecha de herida/accidente:

Lugar (estado) de la lesion:

Contacto de Emergencia:

Relacion:

Telephono:

( )

**INFORMACION DE SEGURO- POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA DE SEGURO**

**Compania de Seguro Primaria:**

ID #:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

# de Grupo:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Menor / Otro

Empleador:

Telefono del Trabajo:

**Compania de Seguros Secundaria (Si Corresponde):**

ID #:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

# de Grupo:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Menor / Otro

Empleador:

Telefono del Trabajo:

Nombre Appellido:

Primer Nombre:

SSN:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Otro

Fecha de Nacimiento:

Empleador:

Telefono del Trabajo:

**INFORMACION DEL GUARDIAN (SI ES MENOR DE 18 ANOS)**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

**Consentimiento para tratamiento:** Entiendo que tengo el derecho de elegir a mi proveedor de fisioterapia y he elegido Physical Therapy Now y por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que PT Now brined atencion y tratamiento de fisioterapia que se considere necesario o aconsejable para evaluar o tartar mi condicion fisica. Ademas, entiendo que no se me han hecho garantias sobre el resultado del tratamiento.

**Consentimiento para el tratamiento de un menor:** Como padre y/o tutor legal, autorizo y doy mi consentimiento para Physical Therapy Now para tartar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del menor) mientras no estoy presente

**Padre / Guardian / Firma de la parte responsable:**

**Fecha:**

**Physical Therapy Now  
Formulario de Registro**

**Firma del Paciente:**

**Fecha:**

**Padre / Guardian / Garante:**

**Fecha:**

**AUTORIZACION DEL PACIENTE**

- Por mis iniciales y firma entiendo estas politicas y mis obligaciones financieras por los servicios prestados.

- Asigno el pago de los beneficios de mi compania de seguros a Physical Therapy Now, y acepto la responsabilidad de garantizar que mi compania de seguros realice el pago en mi cuenta dentro de los 90 dias. La falta de pago por parte de mi compania de seguros dara como resultado que todos los cargos se transfieren a mi saldo personal en mis estado de cuenta.

- Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo de visita al consultorio/copago al memento de la visita.

- Estoy de acuerdo en pagar puntualmente el saldo de mi cuenta personal, incluido el coseguro o el deducible no cubierto al recibir mi estado de cuenta. Entiendo y acepto que la responsabilidad del pago por los servicios prestados es mia, vencida y pagadera a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. En caso de incumplimiento, acepto pagar los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados que se requieran para cobrar efectivamente la deuda.

**POLITICA DE OFICINA Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL PACIENTE:** He leido y entiendo completamente el Aviso de Practicas de informacion de Physical Therapy Now. Entiendo que PT Now puede usar o divulgar mi informacion personal de salud con el fin de llevar a cabo un tratamiento, obtener un pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operacion administrative relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir como se usa y divulga mi informacion personal de salud para tratamiento, pago y operaciones administrativas mediante notificacion a la practica. Tambien entiendo que Physical Therapy Now considerara las solicitudes de restricciones.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y divulgacion de mi informacion personal de salud para los fines indicados en el Aviso de practicas de informacion de Physical Therapy Now. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la practica por escrito en cualquier momento.

**Iniciales**

**Iniciales**

**ASISTENCIA, CANCELACION Y AUSENCIA:** La asistencia a sus visitas de terapia es su responsabilidad mas importante porque puede marcar la diferencia entre si tiene exito o no en su tratamiento. Si bien entendemos que es possible que deba cancelar una cita debido a circunstancias imprevistas, requerimos un aviso de cancelacion de al menos 24 horas. Hay un cardo de $25 por cancelacion sin previo aviso o por no presentarse a su cita. Este cargo no esta cubierto por el Seguro, y usted debe pagar esta tarifa personalmente.

**FINANCIAL RESPONSIBILITY:** Como cortesia para usted, Physical Therapy Now presentara sus reclamos de seguro medico. Sin embargo, el contrato entre usted como paciente y su compania de seguros. Es personal para usted. PT Now no es responsible de los problemas entre el paciente y la compania de seguros, ni PT Now puede intervenir o negociar para ninguna de las partes en reclamos en disputa. Informenos de inmediato si cambia la cobertura de seguro mientras se somete a tratamiento. Los equipos y/o suministros de fisioterapia generalmente no son reembolsables por la compania de seguros. Como tal, PT Now require el pago por parte del paciente de cualquier equipo/suministro al momento de realizar el pedido. HOT le proporcionara un recibo como documentacion de la compra para que pueda soicitar el reembolso personalmente. PT Now acepta efectivo, Visa, Mastercard o Discover como opciones de pago.

**Iniciales**

**CONSENTIMIENTO A INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL**

Autorizo a PT Now a compartir toda mi informacion medica/de facturacion con las siguientes personas:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Physical Therapy Now Financial Policy**

**Paiente:**

**Seguro Primario:**

Hemos verificado su cobertura de seguro y beneficios a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha). Esta informacion se le proporciona exactamente como nos la contaron. Por favor, INICIAL destacados beneficios relacionados con su poliza.

No tiene un copago asociado con su seguro primario.

SI: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tiene un deducible asociado con su seguro primario.

SI: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tiene un coseguro asociado con su seguro primario.

SI: %\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tienes un seguro secundario.

SI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de credito (MASTERCARD, VISA Y DISCOVER)

Si hay inquietudes con respect a su responsabilidad financiera por este servicio, solicite a la Oficina de Recepcion que hable con nuestro Departament de Fracturacion o contactelos directamente al 305-570-1666 para analizar su situacion si es necesario.

Tenga en cuenta que sus beneficios y/o informacion de cobertura pueden estar sujetos a errores. Por lo tanto, le recomendamos que se comunique directamente con su seguro si tiene alguna pregunta o inquietud con respect a este beneficio.

**CONSENTIMIENTO: Entiendo estos beneficios como se me explico.**

**Firma Del Paciente:**

**Firma de PT Now**

**Empleado(a):**

**Date:**

**Date:**











**Historial Medico**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_

Nombre del medico de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedad grave/Cirugia/Hospitalizacion:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fue evaluado por Fire Rescue? (Circula uno) SI o NO

Fue transportado al hospital? (Circula uno) SI o NO En caso afirmativo, que hospital? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problema Medico y de salud actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se siente limitado en lo que puede hacer debido a su condicion actual? Si es asi, como? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te sientes triste, rechazado o deprimido por tus condiciones actuals? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido problemas en el present o en el pasado con alguna de las siguientes condiciones?

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Diabetes

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Hipertension

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Presion arterial baja

SI \_\_\_ NO\_\_\_ Triste/deprimido

SI \_\_\_ NO\_\_\_ Enfermedades del Corazon

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Marcapasos

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Deficit circulatorio

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ansiedad/Nerviosismo

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Alergias

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Historial de Cancer (Propio)

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Abuso de Drogas/Alcohol

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Autoaislamiento

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Perdida de apetito

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Preocuparse por la salud actual

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Dificultad de autocuidado

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermedad del higado

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermedad del rinon

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sistema immune

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ansiedad por el potencial de recuperacion

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Pulmon/Respiracion dificil

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Convulsiones

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Derrame Cerebral

SI \_\_\_ NO \_\_\_ GI/ Gastrointestinal / Diverticulitis

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Urinario/Prostata

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Anemia

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Arthritis / Osteoporosis / Osteopenia

SI \_\_\_ NO \_\_\_Insomnia

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Perdida/Aumento de peso

Physical Therapy Now

**Asignacion de Beneficios (Assignment of Benefits)**

El paciente abajo firmante y/o la parte responsible, ademas de continuar con la responsabilidad personal, y en consideracion del tratamiento prestado o por ser asignado, asigna a las tenencias de Physical Therapy Now, los siguientes derechos, poder y autoridad:

DIVULGACION DE INFORMACION: Usted esta autorizado a divulger informacion sobre mi afeccion y tratamiento a mi compania de seguros, abogado o ajustador de seguros con el fin de procesar mi reclamo de beneficios y el pago del los servicios prestados a mi.

CESIÓN IRREVOCABLE DE DERECHOS: se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago de dichos servicios, hacer la demanda en mi nombre para el pago, y enjuiciar y recibir multas, intereses, pérdida judicial u otros montos legalmente indemnizables propiedad de una compañía de seguros de acuerdo con el Capítulo 627 del Estatuto de la Florida del Código de Seguros de la Florida para cooperar, proporcionar información según sea necesario y aparecer según sea necesario , donde sea que ayude en el enjuiciamiento de dichos reclamos de beneficios a pedido.

DEMANDA DE PAGO: A cualquier compañía de seguros que nos brinde beneficios de cualquier tipo para nosotros / nosotros por el tratamiento prestado por el centro médico mencionado anteriormente, se le solicita que pague la factura completa por los servicios prestados por el médico / centro mencionado anteriormente dentro de 30 días posteriores a la recepción de dicha factura por servicios en la medida en que dichas facturas sean pagaderas según los términos de la póliza. Esta demanda se ajusta específicamente al Capítulo 627 del Estatuto de la Florida del Código de Seguros de la Florida, que establece los honorarios de los abogados, la multa del 18%, el costo de la corte y los intereses del juicio, en caso de violación. Además, le pido al proveedor que haga todos los cheques pagaderos a Physical Therapy Now Holdings y que envíe todos los cheques a 12277 SW 130th St Miami FL 33186.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si mis lesiones son el resultado de negligencia de un tercero, entonces le pido al transportista de responsabilidad que corte un giro por separado para pagar todos los servicios prestados, pagaderos a Physical Therapy Now Holdings, y que envíe todos y cada uno de los cheques a fisioterapia ahora Holdings.

ESTATUTO DE LIMITACIONES: Renuncio a mis derechos de reclamar cualquier estatuto de limitaciones con respecto a reclamos por servicios prestados o por el médico / centro mencionado anteriormente, además del costo razonable de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales incurridos.

PODER LIMITADO DEL ABOGADO: Por la presente, otorgo al médico / centro mencionado anteriormente el poder de endosar mi nombre en cualquier cheque, giro u otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros que represente el pago por tratamiento y atención médica prestados por el médico / centro designado encima. Estoy de acuerdo en que cualquier pago del seguro que represente un monto que exceda los cargos por el tratamiento prestado se acreditará a mi / nuestra cuenta o se enviará a mi / nuestra dirección, previa solicitud por escrito, al médico / centro mencionado anteriormente.

RECHAZO POR ESCRITO: Por la presente autorizo ​​al médico / clínica mencionado anteriormente a establecer un reclamo de Med Pay, PIP o UM en mi nombre. También le pido a mi compañía de seguros que proporcione, por solicitud al proveedor / clínica mencionada anteriormente, cualquier rechazo por escrito, ya que se aplican a mi falta de cobertura de Med pay, PIP o UM / UIM. Si mi compañía no puede proporcionar dichos rechazos de manera oportuna, reconozco que tengo derecho a niveles mínimos de cobertura, según la sección 627 del Código de Seguros de la Florida, y le pido a mi compañía que pague los límites disponibles directamente al médico. / clínica mencionada anteriormente, y para enviar todos los cheques o instrumentos financieros a 12277 SW 130th St Miami FL 33186.

TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN: por la presente, reconozco y entiendo que si no cumplo con las citas que me recomendó mi médico en esta clínica, él / ella tiene el derecho total y completo de rescindir la responsabilidad de mi atención y renunciar a cualquier discapacidad que se me haya otorgado dentro de un período de tiempo razonable Si durante el transcurso de mi atención, mi compañía de seguros me exige que tome un examen de cualquier otro médico; Notificaré a este médico / centro de inmediato. Entiendo que no hacerlo puede poner en peligro mi caso.

Firma del paciente y / o partes responsables:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma Del Paciente) Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Firma de la Clínica) Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Firma Notarial) Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physical Therapy Now

**Carta de Proteccion (Letter of Protection)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo ​​al centro anterior a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de mi historial de casos, exámenes, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mí mismo con respecto a mi accidente / lesión que ocurrió en / / .

Por la presente, le doy un derecho de retención a dicho médico sobre cualquier acuerdo, reclamo, juicio o veredicto como resultado de dicho accidente / lesión y para autorizar a usted, mi abogado, a pagar directamente al médico las sumas adeudadas y debidas por los servicios. me prestó, y para retener tales sumas del reclamo del acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger a dicho médico.

Entiendo completamente que soy directamente responsable ante dicho médico por todas las facturas que me envían por los servicios prestados, y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico y en consideración por su pago pendiente.

Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, reclamo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Entiendo que en cualquier momento puedo preguntar sobre los cargos y pagos en mi cuenta y que esta información se proporcionará en su totalidad, por escrito, dentro de los 5 días hábiles.

Fecha: / / Firma del Pacientfe:

El abajo firmante, abogado de registro, o el representante debidamente autorizado del abogado, para el paciente mencionado anteriormente, acusa recibo del gravamen anterior.

Quien acepta honrar lo mismo para proteger adecuadamente dicho médico.

/ /

Fecha Firma del Abogado

Nombre del Abogado complete

**SINTOMAS**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Accidente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CIRCULE TODOS LAS QUEJAS**

* 1. TIENE laceraciones, cortes o contusiones?
  2. Cabeza o cara
  3. Cuello
  4. Moretones causado por el cinturon de seguridad
  5. Cortes o magulladuras en el pecho
  6. Cortes o hematomas en los brazos
  7. Cortes o hematomas en las piernas
  8. Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. TRAUMATISMOS DE LA CABEZA: (ahora o en el momento del accidente)
   1. Fuiste golpeado o inconsciente?
   2. Dolores de cabeza
   3. Dolor en la cara
   4. Pupilas de diferentes tamanos
   5. Mareo
   6. Dificultad de caminar
   7. Problemas de equilibrio
   8. Giros de la habitacion
   9. Confusion desorientado
   10. Sonando por el dia
   11. Problemas de atencion
   12. Problemas con la audicion
   13. Cambio en el sentido del olfato o del gusto
   14. Dificultad para hablar
   15. Problemas de memoria
   16. Muy cansado o fatigado
   17. Cambio de apetito
   18. Dificultades para dormir
   19. Alteraciones visuals, vision borrosa o doble
   20. Flashbacks al acidente
   21. Problemas para leer o escribir
   22. Problemas para restar o sumar
   23. Problemas para aprender cosas nuevas
   24. Problemas de comprension
   25. Problemas para recorder numeros
   26. Dificultad para concentrarse
   27. Dificultad para recorder cosas
   28. Dificultad para tomar decisiones
   29. Cambio en el funcionamiento sexual
   30. Nauseas/vomitos
   31. Cambio de personalidad
   32. Querer estar solo
   33. Cambios de humor
   34. Tristeza
   35. Agitacion
   36. Enfado
   37. Desamparo
   38. Reducir la confianza
   39. Apatia
   40. Irritabilidad
   41. Somnolencia
   42. Frustracion
   43. Impaciencia
   44. Otros asuntos relacionados con la cabeza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. PROBLEMAS DE LA MANDIBULA:
   1. Dolor de mandibula
   2. Haciendo clic
   3. Dolor al masticar
   4. Dolor al hablar
   5. Dolor al bostezar
   6. Dolor al mover la mandibular de un lado a otro
3. LESIONES DEL CUELLO:
4. Dolor de cuello

1. El dolor de cuello, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el hombro DERECHO, brazo, antebrazo o la mano
2. El dolor de cuello, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el hombre IZQUIERDO, brazo, antebrazo o la mano
3. El dolor de cuello, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a la parte DERECHA superior de la espalda
4. El dolor de cuello, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a la parte IZQUIERDA superior de la espalda
5. Dolor de cuello que causa Dolores de cabeza
6. Espasmos en el cuello o espasmos en los hombros
7. Hacer sonidos de clic con el movimiento de el cuello
8. DOLOR DE HOMBRO: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
9. El dolor de hombro
10. El dolor de hombro con el movimiento
11. Espasmos de hombre
12. Dolor de hombre agudo
13. Dolor de hombor opaco
14. Sentir dolorido en el hombro
15. Dolor de alfileres y agujas en el hombro
16. Dolor de hombre que irradia o dispara ek dolor en el brazo
17. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
18. DOLOR DE EL BRAZO SUPERIOR: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
19. Leve
20. Constante
21. Agudo
22. Punzante
23. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
24. DOLOR DE CODO: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
25. Leve
26. Constante
27. Agudo
28. Punzante
29. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
30. ANTEBRAZO: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
31. Leve
32. Constante
33. Agudo
34. Punzante
35. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
36. DOLOR EN LA MUNECA: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
37. Leve
38. Constante
39. Agudo
40. Punzante
41. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
42. DOLOR DE MANO: IZQUIERDO DERECHO AMBOS
43. Leve
44. Constante
45. Agudo
46. Punzante
47. Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
48. DOLOR DE ESPALDA O DOLOR DE ESPALDA SUPERIOR
49. Superior o dolor de espalda media
50. Dolor de espalda superior, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el hombre DERECHO, brazo, antebrazo o la mano
51. Dolor de espalda superior, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el hombre IZQUIERDO, brazo, antebrazo o la mano
52. Espasmos de la parte superior o media de la espalda
53. DOLOR LUMBAR:
54. Dolor lumbar

1. Dolor de espalda baja, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo DERECHO, el muslo, la pierna o el pie
2. Dolor de espalda baja, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo IZQUIERDO, el muslo, la pierna o el pie

D. Espasmos en la espalda baja

1. DOLOR PELVICO O SACRAL
2. Dolor pelvico, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo DERECHO, el muslo, la pierna o el pie
3. Dolor pelvico, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo IZQUIERDO, el muslo, la pierna o el pie
4. Dolor sacro (hueso de la cola)
5. Dolor Coccigeo o Coccix (hueso de la cola)
6. DOLOR DE LA CADERA: IZQUIERA DERECHA AMBOS

1. Dolor en la cadera izquierda
2. Dolor de la cadera, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo IZQUIERDO, el muslo, la pierna o el pie
3. Dolor de la cadera derecha
4. Dolor de la cadera, entumecimiento, hormigueo, debilidad que se irradia o baja a el gluteo DERECHO, el muslo, la pierna o el pie
5. DOLOR SUPERIOR DE LA PIERNA: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
6. Dolor en la parte superior de la pierna que irradia a la rodilla
7. Espasmos en la piernas
8. DOLOR DE RODILLA: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
9. Dolor de rodilla que irradia a la pantorrilla
10. Dolor en la rodilla que se irradia a la pantorrilla y al tobillo
11. Dolor en la rodilla que se irradia a la pantorrilla, tobillo y pie
12. DOLOR EN EL TOBILLO: IZQUIERDA DERECHA AMBOS
13. Dolor en el tobillo que irradia a los pies
14. Dolor en el tobillo y los pies
15. DOLOR EN EL PIE: IZQUEIRDA DERECHA AMBOS
16. DOLOR DE PECHO: SI O NO
17. DOLOR DE ESTOMAGO: SI O NO
18. OTROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Perdida del disfrute de los deportes, pasatiempos, viajes, actividades diarias y escuela (1 de 2 paginas)**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Accidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicial Actualizada

**Por favor, marque todos los que se aplican a su actividad de ejercicios y deportes debido al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Mi ejercicio se vio afectado por este accidente  Voy al gimnasio y trabajo con dolor  Ya no voy al gimnasio  Corro pero con dolor  Ya no corro  Tomo paseos y tengo dolor al caminar  Ya no tomo paseos caminando  Solia hacer ingresos en deportes  He perdido ingresos deportivos desde el accidente  Soy un atleta aficionado  Soy un atleta profesional  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | He subido\_\_\_\_\_\_libras desde el accidente  Tuve que dejar mi equipo de\_\_\_\_\_ despues del accidente  Ya no disfruto del deporte de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No disfrute del deporte de\_\_\_\_\_\_ por\_\_\_\_\_\_  semanas |

**Por favor marque todos los que se aplican a sus actividades PASATIEMPOS debido al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Mis aficiones fueron afectadas por el accidente  Pasatiempo #1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ya no puedo hacer el pasatiempo #1  Hago pasatiempo #1 pero con dolor  He perdido dinero por no hacer pasatiempo #1  No hice pasatiempo #1 por \_\_\_\_\_\_\_semanas  Pasatiempo #2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ya no puedo hacer el pasatiempo #2  Hago pasatiempo #2 pero con dolor  He perdido dinero por no hacer pasatiempo #2  No hice pasatiempo #2 por \_\_\_\_\_semanas | Pasatiempo #3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ya no puedo hacer pasatiempo #3  Hago pasatiempo #3 pero con dolor  He perdido dinero por no hacer pasatiempo #3  No hice pasatiempo #3 por \_\_\_\_\_ semanas  Pasatiempo #4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ya no puedo hacer pasatiempo #4  Hago pasatiempo #4 pero con dolor  He perdido dinero por no hacer pasatiempo #4  No hice pasatiempo #4 por \_\_\_\_semanas  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Por favor marque todo lo que se aplica a sus actividades de VIAJE debido al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Los viajes de negocios se vieron afectados por el accidente  Los viajes de placer se vieron afectados por el accidente  Me duele conducer mi propio coche  Estoy con mucho dolor para conducir  Me duele cuando soy pasajero en un coche  Tengo mucho dolor para sentarme en un coche  Tengo ansiedad cuando estoy en un coche  Me duele cuando estoy en un avion  Tengo demasiado dolor para viajar en avion | Plan de viaje #1  No fui al plan de viaje #1  Fui, pero no disfrute tanto  Fui, y el accidente no tuvo ningun efecto en el plan de viaje #1  Plan de viaje #2  No fui al plan de viaje #2  Fui, pero no disfrute tanto  Fui, y el accidente no tuvo ningun effect en el plan de viaje #2  Perdi tiempo con mi familia/amigos porque no puedo viajar |

**Perdida del disfrute de deportes, aficiones, viajes, actividades diarias, y la Escuela (2 de 2 paginas)**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Accidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicial Actulizada

**Por favor, compruebe todas las actividades DIARIAS que le causan dolor debido al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Vistiendo  Ponerse los pantalones  Ponerse los zapatos  Atar mis zapatos  Ponerse la camisa  Secando mi cabello  Peinarme  Lavando mi cabello  Dandome un bano  Tomando una ducha  Inclinandose hacia adelante  Acostado en la cama  Sentado en mi silla favorita  Durmiendo  Saliendo con mis amigos  Sentado en un restaurante  Compras  Conduccion hacia/desde el trabajo  Sentado en la iglesia  Jugar con mis hijos  Cuidando a mis hijos  Doblado en una sala de cine  Sentado en una sala de cine  Ejercicio  Comiendo  Agachandome  Cuclillas  Arrodillado  Lavandome los dientes | Montar en un coche  Abrir un tarro  Levantar un sarten para cocinar  Cerrando en maletero del coche  Abrir la puerta del garaje  Uso de mi computadora personal  Subiendo escaleras  Actividad sexual  Girando mi cabeza hacia la izquierda o la derecha  Sosteniendo mi cabeza todo el dia  Viendo la television  Tengo dolor sentado hacienda nada  Hablar por telefono  Leyendo  Escribir  Abriendo puertas  Secandome con una toalla despues de un bano o ducha  La vida se ha convertido en una tarea solo para hacer cosas normales  Es deprimente vivir asi  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Por favor marque todo lo que se aplica a sus actividades ESCOLARES y EDUCATIVAS debido al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| La escuela fue afectada por el accidente  Soy un estudiante en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estoy en el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ano/grado  Yo estaba Tiempo completo Tiempo parcial  Ahora estoy Tiempo completo Tiempo parcial  Tuve que tomar menos clases por el accidente  Me perdi \_\_\_\_\_\_\_\_ dias de escuela  Tuve que abandoner la escuela because of the accident  Mis calificaciones son mas bajas desde el accidente | Tengo dolor al llevar mis libros escolares  Me duele estar sentado en clase por mas de \_\_\_\_\_\_ minutos  Me duele el cuello cuando miro hacia abajo para leer  No aprendo tan rapido como antes del accidente  No aprendo las cosas tan bien como antes del accidente  Tengo dificultad para concentrarme en clase  Llevo mucho mas tiempo para estudiar/hacer mi tarea  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

**Deberes realizados bajo coaccion en el trabajo y en el hogar**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicial Actualizado

**Por favor marque todas las que corresponden a su trabajo a causa del accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Voy a trabajar pero trabajo con dolor  Limito mis actividades laborales  Doblarse en el trabajo duele  Sentarse en el trabajo duele  Agacharse en el trabajo duele  El uso de la computadora en el trabajo duele  Empujar en el trabajo duele  Arrodillarse en el trabajo duele  He perdido mi estatus en mi empresa  He perdido la seguridad en el trabajo  No obtuve una promocion  No disfruto tanto como antes  Me duermo en el trabajo  Tomo tiempo sin pago de el trabajo para ir al Dr.  Sueño mas en el trabajo que antes  Me siento cansado en el trabajo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Trabajo con dolor porque tengo facturas que pagar  No puedo tomar tiempo libre porque perderia mi trabajo  Sigo trabajando para no perder el estatus en la empresa  Mi negocio fallaria si me tomaba un tiempo libre  Creo en el trabajo incluso cuando estoy con dolor  Me siento obligado a trabajar aunque estoy con dolor  Mi negocio perderia dinero si tomara tiempo libre  Mi trabajo no es tan bueno como antes del accidente  Mi jefe me reprendio por un mal trabajo  Tengo un trabajo diferente dentro de la misma empresa  Tengo un trabajo diferente en otra empresa  Hago menos dinero que antes del accidente  No puedo hacer el mismo trabajo como antes del accidente  No puedo concentrarme tan bien en el trabajo  Tomo tiempo libre para ir al Dr.  Cometo errores en el trabajo que no hacia antes  Oculto mi mal trabajo laboral de mi jefe  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Por favor marque lo que corresponda a su hogar/DOMESTICA a causa del accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Mi casa no esta tan limpia ahora  Mi patio no esta tan limpio ahora  Mi jardin no esta tan productive ahora  Trabajo en el patio, pero lo hago con dolor  No puedo hacer mi trabajo de jardineria normal  Trabajo en casa, pero lo hago con dolor  No puedo hacer mi trabajo normal de la casa  Lavar la ropa me duele  No puedo lavar ropa ahora  Lavar los platos me duele  No puedo aspirer ahora  Cocinar me duele  No puedo cocinar ahora  Lavar el coche me duele  No puedo lavar mi coche  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No puedo tomar tiempo libre porque me preocupo por los ninos  Yo tengo \_\_\_\_\_\_\_\_hijos de edades\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tuve que contratar a una ama de casa  Le pregunte a alguien por ayuda de limpieza no pagada  Tuve que contratar a un jardinero pagado  Le pregunte a alguien por trabajo de patio sin pagar  Cortar el cesped me duele  No puedo cortar el cesped  Sacar la basura me duele  No puedo sacar la basura  No disfruto de mi jardineria desde el accidente  No disfruto mist areas domesticas  Me duele la jardineria  No puedo hacer mi jardineria desde el accidente  Otros que viven conmigo hacen mi parte de los trabajos en casa  Otros que viven conmigo hacen mi parte de la yarda  Otros que viven conmigo hacen mi parte de la jardineria  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_