

Nombre: _____ Fecha: ___ \ ___ \ ___
Apellido Nombre

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

Seguro Social: ___ \ ___ \ ___ Fecha de Nacimiento: ___ \ ___ \ ___ Género: M F

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

Médico de Atención Primera: _____ Medico referente: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

Información del Seguro:

Seguro Primario: _____

Dirección: _____

Nombre de Representante: _____ Fecha de Nacimiento: ___ \ ___ \ ___

Número de Identificación: _____ Número del Grupo: _____

Seguro Secundario: _____

Dirección: _____

Nombre de Representante: _____ Fecha de Nacimiento: ___ \ ___ \ ___

Número de Identificación: _____ Número del Grupo: _____

Si esto es una reclamación de compensación de trabajo:

Fecha de Accidente: ___ \ ___ \ ___ ¿En qué manera ocurrió? En Carro Trabajo Otra Estado: ___

Numero de Reclamo: _____ Compañía de Seguros: _____

Dirección: _____ Ajustador: _____ Número de Teléfono: _____

¿Cómo supo de nosotros y a quien podemos agradecer?

He sido un paciente Una recomendación de doctor Otra profesional

Recomendación del paciente Encontró en la red Anuncio en el directorio telefónico

Familia o amigo Señal de Clínica Un Evento

¿En qué manera podemos contactarte?

Un mensaje: Casa Trabajo Celular Solo un número para llamar: Casa Trabajo Celular

¿Podemos hablar con alguien sobre su cuenta? Esposa Otra Nombre: _____

Firma de paciente o representante: _____ Fecha: _____

¿Quiere un recordatorio de su cita?

Mensaje Llamada Correo Electrónico

Para asegurar que recibe una evaluación completo y exhaustivo, por favor proporcionarnos en esta hoja con su información de fondo que es importante. Si no entiende algunas preguntas, su terapeuta le ayudará. Gracias.

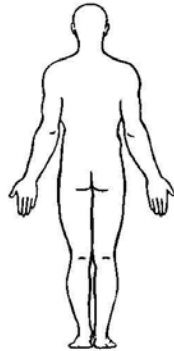
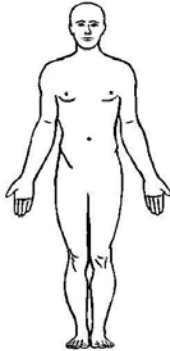
La historia de su condición actual.

1. ¿Que están sus síntomas? _____

¿Dónde tiene el dolor? (Matizar donde sea apropiado)

El frente

El trasero



2. ¿Cuándo empezaron sus síntomas?

(Si puede, una fecha específica) _____

Evalúe su dolor en una escala del uno a diez.

(0 significa no dolor y 10 significa el peor) _____

3. ¿Fue el comienzo de los síntomas graduales o repentinos?

gradual repentina

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe como ocurrió su lesión?

(Si está después de cirugía marque como fue antes)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Levantamiento | <input type="checkbox"/> Un golpe en la cara |
| <input type="checkbox"/> Un accidente del carro | <input type="checkbox"/> Golpeado por una pelota |
| <input type="checkbox"/> Una caída | <input type="checkbox"/> Una cita dental |
| <input type="checkbox"/> Uso excesivo | <input type="checkbox"/> Lanzamiento |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Un incidente en trabajo |
| <input type="checkbox"/> Un proceso degenerativo | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Durante deportes | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Corriendo | |

5. Desde el inicio, sus síntomas están: (marque uno)

mejorando empeorando no están cambiando

6. ¿Ha tenido síntomas similares en el pasado? Sí No

¿Más que uno? Sí No

7. ¿Cómo siente el dolor?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> agudo | <input type="checkbox"/> dolorido | <input type="checkbox"/> consistente |
| <input type="checkbox"/> leve | <input type="checkbox"/> periódico | <input type="checkbox"/> otras _____ |
| <input type="checkbox"/> palpitante | <input type="checkbox"/> ocasional | |

8. ¿Durante el día el dolor:

acrecentar disminuir no cambia

Nombre: _____

Fecha: _____ Edad: _____

El Peso: _____ Estatura: _____

9. ¿El dolor le despierta en la noche? no sí

Si marca "sí", tiene dolor cuando no se mueve
 está cambiando posiciones
 los dos

10. ¿Tiene dolor/rigidez cuando despertarse en la mañana?

sí no

11. ¿En qué posición duerme? (marque todo)

lado derecho espalda otra _____
 lado izquierdo silla reclinable
 estomago espalda, lado, estomago

12. Desde el inicio de los síntomas que ha tendió:

- dificultad para controlar su función intestinal o vesical
 fiebre/resfriado
 entumecimiento en el área genital o anal
 entumecimiento
 mareos o desmayos
 debilidad
 cambio de peso inexplicable
 dolor o sudores de la noche
 malestar general
 problemas con visión o audición
 Ninguna de las anteriores

13. Marca lo que agrava sus síntomas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sentarse | <input type="checkbox"/> actividades repetitivas |
| <input type="checkbox"/> levantarse | <input type="checkbox"/> acostarse |
| <input type="checkbox"/> actividades del hogar | <input type="checkbox"/> caminar |
| <input type="checkbox"/> subir/bajar escaleras | <input type="checkbox"/> pararse |
| <input type="checkbox"/> alcanzar por lo alto | <input type="checkbox"/> agacharse |
| <input type="checkbox"/> alcanzar enfrente de usted | <input type="checkbox"/> dormir |
| <input type="checkbox"/> alcanzar detrás de usted | <input type="checkbox"/> toser/estornudar |
| <input type="checkbox"/> alcanzar a través de usted | <input type="checkbox"/> respirar profundo |
| <input type="checkbox"/> hablar, masticar, bostezar | <input type="checkbox"/> mirando hacia arriba |
| (marca uno) | <input type="checkbox"/> tragar |
| <input type="checkbox"/> jugar deportes incluso | <input type="checkbox"/> estrés |
| _____ | <input type="checkbox"/> flexión sostenida |
| _____ | <input type="checkbox"/> otras _____ |

14. ¿Lo que alivia sus síntomas? (marque todo)

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sentarse | <input type="checkbox"/> descansar | <input type="checkbox"/> masaje |
| <input type="checkbox"/> caliente | <input type="checkbox"/> pararse | <input type="checkbox"/> medicación |
| <input type="checkbox"/> frio | <input type="checkbox"/> caminar | <input type="checkbox"/> nada |
| <input type="checkbox"/> estirar | <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> otra _____ |
| <input type="checkbox"/> usar una tablilla | <input type="checkbox"/> acostarse | _____ |

15. ¿Ha tenido tratamiento anterior para esta condición? (marque todo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> terapia física |
| <input type="checkbox"/> medicación | <input type="checkbox"/> hipnosis |
| <input type="checkbox"/> manipulación conjunta | <input type="checkbox"/> biofeedback |
| <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> terapia de masajes | <input type="checkbox"/> acupuntura |
| <input type="checkbox"/> tracción | <input type="checkbox"/> reposo en cama |
| <input type="checkbox"/> soporte/tape | <input type="checkbox"/> hospitalización por la noche |
| <input type="checkbox"/> inyección de columna vertebral | <input type="checkbox"/> molde |
| <input type="checkbox"/> inyección a la piel o al musculo | <input type="checkbox"/> otra _____ |

16. ¿Ha tenido cualquier de las siguientes?

- nada
- artrograma
- TENS aparato
- radiografía
- biofeedback
- vestibular
- tomografía computarizada
- escanear de hueso
- resonancia magnética
- radiografía de estrés
- otras _____

Resulta: _____

MEDICACIONES

Por favor, hace una lista de medicaciones recetadas que usted está tomando ahorita:

Doctor: _____ Teléfono: _____

¿Está tomando algunas de las siguientes medicaciones de venta libre?

- aspirina
- vitaminas/complementos minerales
- Tylenol
- Advil/Motrin/ibuprofen
- corticosteroides
- Otras _____
- antihistamínicos

NIVEL FUNCIONAL PREVIO

independiente en todas las actividades
(trabajar, comunidad, casa, recreo)

Autocuidado

- Independiente en todas las actividades
(ducharse, usar el baño, vestirse)
- tengo dificultad para realizar las actividades
- necesito ayuda con las actividades
- dificultada con las tareas domésticas

Social

necesito asistencia con todas las actividades en la comunidad afuera de casa

Aficiones: _____

NIVEL FUNCIONAL ACTUAL

independiente en todas las actividades
(trabajar, comunidad, casa, recreo)

Autocuidado

- Independiente en todas las actividades
(ducharse, usar el bando, vestirse)
- tengo dificultad para realizar las actividades
- necesito ayuda con las actividades
- dificultada con las tareas domésticas

Social

necesito asistencia con todas las actividades en la comunidad afuera de casa

Aficiones: _____

HISTORIA DE TRABAJO

Empleo: _____
 empleado de tiempo completo estudiante

- empleado a tiempo parcial
- retirado
- trabajador independiente
- sin empleo
- ama de casa
- otra _____

Actividades físicas en trabajo:

- sentarse
- uso de la computadora
- pararse
- operación del equipo pesado
- uso del teléfono
- manejar
- levantamiento repetitivo
- levantamiento pesado
- otras _____

¿Está recibiendo pago por discapacidad para esta condición?

- Sí
- No

¿Si no está haciendo sus actividades normales en trabajo tiene planes para regresar a su nivel de actividad previo?

- Sí
- No

SITUACION DE VIDA

- vive solo
- en apartamento/casa
- vive con familia
- complejo de vida asistida
- vive con un cuidador
- otra _____
- complejo de retiro

Donde vive tiene:

- escalaras (baranda)
- sin escalaras
- terreno irregular
- escalaras (sin baranda)
- rampa
- ascensor
- otra _____

SALUD GENERAL

¿Cómo explique su salud en general?

- excelente
- promedio
- malo
- bueno
- razonable

¿Hace ejercicios a fuera de sus actividades diarias?

- 5+ días/semana
- 1/2 días/semana
- 0 días/semana
- 3-4 días/semana
- de vez en cuando

Las actividades recreativas incluyen:

- correr
- jugar al golf
- caminar
- manejar en bicicleta
- jugar tenis
- esquiar
- nadar
- otra _____

¿Bebe bebidas con cafeína?

- No
- Sí
- Cuantas por día _____

¿Fumas? No Sí Paquetes de cigarrillos por día _____

¿Cuál es su nivel de estrés?

- bajo
- medio
- alto

¿Está visitando otros proveedores de atención médica para esta condición?

HISTORIA MEDICA PASADA

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- cáncer
- problemas del corazón
- depresión
- presión arterial alta
- Accidente cerebrovascular
- problemas pulmonares
- problemas renales
- trastornos sanguíneos
- problemas de tiroides
- epilepsia/convulsiones
- diabetes
- alergias
- esclerosis múltiple
- artritis reumatoide
- artritis
- osteoporosis
- lesión en la cabeza
- hueso roto
- problemas de estómago
- circulación/problemas vasculares
- enfermedad de Parkinson
- otras _____
- enfermedades infecciosas (Hepatitis, Tuberculosis, etc.)

Por favor liste cirugías pasadas que están relacionada con su problema actual:

Cirugía	Fecha
---------	-------

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguna persona de su familia inmediata (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratada alguna vez por lo siguiente:

- diabetes
- cáncer
- enfermedades del corazón
- artritis
- Presión arterial alta
- osteoporosis
- accidente cerebrovascular
- condicione psicológicas
- otras _____

NORTH LAKE PHYSICAL THERAPY

Reconocimiento del Aviso de las Practicas de Privacidad

Efectivo 1 de abril 2011

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser utilizado y revelado y como usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor revísalo con cuidado

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contactar Kim White al número 503-636-3028, 101 S State Street, Suite 200G Lake Oswego, Oregon 97034.

Este aviso describe los procedimientos y prácticas de que esta clínica y su personal profesional, de apoyo y administrativo seguir para proteger la privacidad de su información de salud.

Su información de salud

Este aviso se aplica a la información y expediente que tenemos sobre su salud, estado de salud, y el cuidado de salud y servicios que recibe en esta oficina. Su información de salud puede incluir información que está recibido y creado por la clínica, puede ser en la forma de registros electrónicos o escritos, o palabras habladas, y puede incluir información sobre su historia de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, la diagnosis, tratamientos, procedimientos, prescripciones y otra información que está relacionada a su salud.

Estamos requeridos por la ley a darle este aviso. Vamos a decirle sobre las maneras que podemos utilizar y revelar información sobre su salud y describir sus derechos y nuestras obligaciones con respeto al uso y revelación de la información.

Las maneras de que podemos utilizar y revelar la información de salud sobre usted

Podemos utilizar y revelar información de salud para los propósitos siguientes:

- **Para el tratamiento. Podemos utilizar información de salud sobre usted para proporcionar usted con tratamiento o servicios medical. Podemos revelar información de salud sobre usted a sus doctores, enfermeras, técnicos, personal de la oficina u otras personas que están involucrado en cuidar de su salud.**

Por ejemplo, el doctor quien le refirió a terapia física puede estar tratándolo por una condición ortopédica y es posible que necesitemos saber sobre eso y cualquier otro problema que puede complicar su tratamiento. Podemos usar su historia medical para decidir el tratamiento que es mejor para usted. Vamos a consultar con su doctor y enviar reportes sobre su tratamiento al doctor. Hacemos eso para proporcionar el cuidado más apropiado para usted. Personas diferentes en nuestra oficina pueden compartir información sobre usted y revelar información a personas quien no trabajan en nuestra oficina para coordinar su cuidado medical, tal como llamar por teléfono a su doctor para recibir información necesaria. Miembros de su familia y otros prestadores de servicios médicos pueden ser parte de su terapia física afuera de este ofician y es posible que eso requiérenos a revelar información sobre usted.

- **Para el pago. Es posible que necesitemos revelar información de salud sobre usted para facturar su plan de salud o compañía de seguro u otra tercera compañía para su tratamiento en esta clínica.**

Es posible que necesitemos decirle a su plan de salud o compañía de seguro sobre un tratamiento que usted va a recibir con el fin de obtener la aprobación previa, o determinar si su plan va a pagar para el tratamiento.

- **Para las operaciones de atención de la salud. Es posible que utilicemos y revelemos información sobre usted con el fin de administrar la clínica y asegurar que usted y nuestros otros pacientes reciben cuidado de cualidad.**

Por ejemplo, es posible que usemos su información de salud para evaluar el desempeño de nuestros empleados en la manera de cuidar de usted. Es posible que a la misma vez usemos la información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos con decidimos que servicios adicionales debemos ofrecer, como podemos estar más eficiente, o si tratamientos específicos tiene eficaz para ciertos problemas.

Es posible que revelemos su información de salud a su plan de salud y otros prestadores de servicios médicos que trabajan con usted para ayudar a estos planes y prestadores evaluar o mejorar el cuidado, reducir el cuesto, coordinar y manager la ciudad de salud y servicios, entrenar al personal y cumplir con la ley.

- **Recordatorio de cita. Podemos contactarse para recodarse sobre su cita.**
- **Alternativas de tratamiento. Podemos informarle acerca de o recomendar opciones de tratamiento o alternativas que pueden interesarle.**
- **Productos y servicios relacionados con la salud. Podemos informarle sobre productos o servicios que están relacionados con la salud que posiblemente va a interesarle.**

Por favor notificarnos si usted no quiere que nosotros contactarle para recordatorios de sus citas, o si no quieres que recibir comunicaciones sobre alternativos para tratamiento o productos y servicios que están relacionados con la salud. Si nos aconseja por escrito (enviar lo a la dirección en la parte superior de este aviso) que no quieres recibir esas comunicaciones, no vamos a utilizar o revelar su información para esos propósitos.

Otras Circunstancias

Podemos utilizar o revelar información de salud sobre usted para los propósitos siguientes, de acuerdo con los requisitos y limitaciones de la ley estatal y de otra índole:

- **Para evitar una grave amenaza para la seguridad o salud. Podemos utilizar y revelar información de salud sobre usted cuando es necesario para prevención de una amenaza grave a la salud y seguridad suya o salud y seguridad del publica u otra persona.**
- **Requerido por la ley. Divulgaremos información de la salud sobre usted cuando esta requerido por la ley federal, estado, o local.**
- **Investigación. Podemos utilizar y revelar información de salud sobre usted para proyectos de investigación que están sujeto a un proceso de aprobación especial. Le pedimos por su permiso si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revela quien está, o si ellos van a estar involucrado en su cuidado en la clínica.**
- **Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia. Si usted estaba parte u esta ahorita parte de las fuerzas armadas o parte de las comunidades de seguridad nacional o de inteligencia, podemos ser requeridos por comandos militares u otras autoridades gobiernos para revelar información de seguro sobre usted. Podemos revelar información sobre personales militares extranjeros.**

- **Compensación de trabajadores.** Podemos revelar información de salud sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionar beneficios para lesiones o enfermedades que están relacionado a trabajo.
- **Riesgo para la salud pública.** Podemos revelar información de salud sobre usted para razones de salud público para evitar o controlar enfermedad, lesión o discapacidad; o para reportar alguna sospecha de abuso o negligencia, lesiones que no están accidental o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar información de salud a una agencia de la supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estos revelados pueden ser necesario para algunas agencias del estado o federal para monitor al sistema de cuidado de salud, programas del gobierno, y conformidad con las leyes de derechos civiles.
- **Pleitos y disputas.** Si estás involucrado en una pleito o disputa, podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos, podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una citación.
- **Cuerpos de seguridad.** Podemos revelar información de salud si nos solicita un agente de orden en repuesta de una orden judicial, citatorio, convocatoria o proceso similar, sujeto a todos los requerimientos legales.
- **Médico forense, médicos examinadores y directores de funerales.** Podemos revelar información de seguro a unos médicos forenses o médicos examinadores. Este puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- **La información que no es personalmente identificable.** Podemos usar o revelar información de salud sobre usted en una manera que no identificar usted personalmente o revelar quien está.
- **Familia y amigos.** Podemos revelar información de salud sobre usted a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos una oportunidad para oponerse a la revelación y no oponerse. Podemos revelar información de salud a su familia y amigos si podemos inferir por las circunstancias, basado en nuestro juicio profesional que no va a oponerse. Por ejemplo, podemos asumir que usted está de acuerdo con nuestra revelación de su información de salud personal con su cónyuge cuando traes su cónyuge en la sala con usted durante el tratamiento o cuando el tratamiento está siendo discutido.
- **Durante situaciones donde no tiene la capaz para dar consentimiento (debido a su incapacidad o emergencia médica),** podemos utilizar nuestro criterio profesional para determinar que una revelación a un miembro de su familia o un amigo está en su interés mejor. En eso situación, revelaremos solo información de salud que esta pertinente a la participación de la persona en su caso.
- **Los padres sin custodia.** Podemos revelar información de salud sobre un niño menor de edad igualmente a ambos los padres con custodia y sin custodia a mendo de que una orden judicial limite el acceso del padre sin custodia a la información y hemos sido notificados por escrito sobre lo.

Otros usos y revelaciones en conformidad con su autorización firmado

No vamos a usar o revelar su información de salud para alguna razón otra que los que están identificado en secciones anteriores sin su *autorización* específico por escrito. Si usted firma una *autorización* para el uso o revelación de su información de salud, puede revocar esa *autorización*, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su *autorización*, no podremos utilizar o revelar información sobre usted para las razones cubierto en su *autorización* por

escrito, pero no podemos retirar algunos usos o revelaciones que ya hemos hecho con su permisión.

Sus derechos sobre su información de salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

- **El derecho de inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho para inspeccionar y copiar su información de salud, como archivos medicales y de facturación, que mantenemos para utilizar y hacer decisiones sobre su cuidado. Usted debe que presentar una solicitud por escrito a Kim White para inspeccionar y/o copiar archivos de su información de salud. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar honorario para el costo de copiar, enviar u otros suministros asociados.

Podemos negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar los archivos en algunas circunstancias limitadas. Si se le niega copias o acceso a, información de salud que mantenemos sobre usted, puede pedir que nuestra negación ser revisado. Si la ley darle uno derecho a tener nuestra negación revisado, vamos a seleccionar un prestador de servicios médicos con licencia para revisar su solicitud y nuestra denegación.

- **El derecho de corregir.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted esta falso o incorrecto, puede preguntarnos a enmendar la información. Tiene el derecho para solicitar para una corrección siempre que la información esta mantenido por esta oficina.

Para solicitar por una corrección, necesita completar y entregar una forma para la enmienda/corrección de los archivos medicales a Kim White. Vamos a proporcionar usted con una de esas formas por su solicitud.

Podemos negar su solicitud para una enmienda si su solicitud no está por escrito o no incluye una razón que apoya la solicitud. También, podemos negar su solicitud si nos pide corregir información que:

- **No creamos, a menos que la persona o el ente que creó la información no está disponible nada más para hacer la corrección.**
 - **No está parte de la información médica que guardamos.**
 - **No va a estar permitido a inspeccionar y copiar.**
 - **Es complete y exacto.**
- **El derecho para una contabilidad de revelaciones.** Usted tiene el derecho solicitar para una "contabilidad de revelaciones." Este es una récord de las revelaciones que hicimos de información médica sobre usted para los propósitos otra que tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, y otros circunstancias especiales limitados que involucran seguridad nacional, instituciones penitenciarias o los cuerpos policiales. Eses archivos pueden excluir algunas revelaciones que hicimos basado en su autorización por escrito.

Para obtener esa contabilidad, usted debe que entregar su solicitud por escrito a Kim White. Necesita decir el periodo de tiempo en que quiere la contabilidad. El periodo no puede ser más que siete años anterior y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en que forma quieres la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista solicita para, entre un periodo de 12 meses va a estar libre. Para cualquier lista adicional, es posible que vamos a cargarse para el costo de proporcionar la lista. Vamos a notificarse de

cualquier costo que está involucrado y puede decidir retraerse o cambiar su solicitud en ese tiempo antes de cualquier costo que está incurrido.

- **El derecho solicitar restricciones. Usted tiene el derecho solicitar unos restricciones o limitaciones en la información de salud que nosotros utilizar o revelar sobre usted para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud. Puede tener el derecho solicitar por una limitación en la información de salud que nos revelamos sobre usted a alguien quien está involucrado en su cuidado o el pago de lo, como un miembro de su familia o amigo. Por ejemplo, puede preguntar que no usemos o revelemos sobre una cirugía que tuvo.**

***No estamos obligados aceptar su solicitud.* Si estamos de acuerdo, vamos a cumplir con la solicitud suya a menos de que la información esta necesario para proporcionar tratamiento emergencia a usted o somos requeridos por la ley a utilizar o revelar la información.**

Para solicitar restricciones, puede completar y entregar la solicitud de restricción en uso/ divulgación de información médica y/o comunicación confidencial a Kim White. Vamos a proporcionar usted con esta forma a su solicitud.

- **El derecho solicitar comunicación confidencial. Tiene el derecho pedir que comunicamos con usted sobre asuntos medicales en una manera específica o en una locación específica. Por ejemplo, puede pedir que solo le contactamos cuando está en trabajo, por correo o correo electrónico.**

Para solicitar comunicación confidencial, puede completar y entregar la solicitud de restricción en uso/ divulgación de información médica y/o comunicación confidencial a Kim White. No le pedimos la razón por su solicitud. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar en qué manera o donde quiere estar contactado.

- **El derecho de tener, en papel, una copia de este formulario. Usted tiene el derecho de tener una copia, en papel, de este formulario en cualquier tiempo. Incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente, tiene el derecho a una copia en papel.**

Para obtener una copia, contactar Kim White.

Cambios a este formulario.

Nos reservemos el derecho cambiar este formulario, y hacer efectivo el formulario revisado o modificado para información medical que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información recibiremos en el futuro. Publicaremos el aviso actual o un sumario de lo en la oficina con la fecha efectiva en la esquina superior derecha. Usted tiene el derecho de una copia de la notificación actual.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han estado violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humano. Para presentar una queja con nuestra oficina, contactar Kim White, 503-636-3028, 101 S State Street, Suite 200G Lake Oswego, Oregon 97034.

No va a estar penalizado para presentar una queja.

NOMBRE _____

- Visita inicial
- Visita de alta

FECHA _____

- Cervical/torácico (C,D)
- Lumbar (D,F)
- TMJ (C,E)

Parte II: *Escoja aquella respuesta que mejor describe su condición en las secciones designadas por su terapeuta*

AREA DEL PROBLEMA: *(favor de marcar uno):*

- Extremidad superior (A,D)
- Extremidad inferior (B,F)

INDICE FUNCIONAL

Parte I: *Conteste las cinco secciones de la Parte I. Escoja la respuesta única en cada sección que describe mejor su condición.*

CAMINAR

- Los síntomas no me impiden caminar cualquier distancia
- Los síntomas me impiden caminar más de 1 milla
- Los síntomas me impiden caminar más de 1/2 milla
- Los síntomas me impiden caminar más de 1/4 milla
- Solo puedo caminar usando un bastón o muletas
- Estoy en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme para llegar al baño

TRABAJO

(se aplica al trabajo dentro y fuera de la casa)

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera
- Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- Apenas puedo hacer algún trabajo (solo tareas livianas)
- No puedo hacer ningún trabajo

CUIDADO PERSONAL

(lavarme, vestirme, etc.)

- Puedo manejar todo mi cuidado personal sin síntomas
- Puedo manejar todo mi cuidado personal con algún aumento de los síntomas
- Mi cuidado personal requiere movimientos lentos y concisos debido al aumento de los síntomas
- Necesito ayuda para manejar algunos cuidados personales
- Necesito ayuda para manejar todo mi cuidado personal
- No puedo manejar mi cuidado personal

DORMIR

- No tengo problemas para dormir
- Mi sueño está ligeramente alterado (menos de 1 hora sin dormir)
- Mi sueño está ligeramente alterado (de 1 a 2 horas sin dormir)
- Mi sueño está moderadamente alterado (de 2 a 3 horas sin dormir)
- Mi sueño está considerablemente alterado (de 3 a 5 horas sin dormir)
- Mi sueño está muy alterado (de 5 a 7 horas sin dormir)

RECREACIÓN/DEPORTE

(Indique el deporte, si corresponde _____)

- Puedo participar en todas mis actividades recreativas/deportivas sin un aumento de los síntomas
- Puedo participar en todas mis actividades recreativas/deportivas con algún aumento de los síntomas
- Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas/deportivas, pero no todas, por el aumento de los síntomas
- Puedo participar en unas pocas actividades recreativas/deportivas debido al aumento de los síntomas
- Apenas puedo hacer alguna actividad recreativa/deportiva debido al aumento de los síntomas
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa/deportiva

AGUDEZA

(contestar en la visita inicial)

¿Hace cuántos días apareció la lesión/afección? _____ días

A. EXTREMIDAD SUPERIOR

LLEVAR COSAS

- Puedo llevar cargas pesadas sin aumento de los síntomas
- Puedo llevar cargas pesadas con algún aumento de los síntomas
- No puedo llevar cargas pesadas encima de mi cabeza, pero puedo manejarlas si están cerca de mi tronco
- No puedo llevar cargas pesadas, pero puedo manejar cargas livianas a medias si están cerca de mi tronco
- Puedo llevar cargas muy livianas con algún aumento de los síntomas
- No puedo levantar o llevar nada

VESTIRME

- Puedo ponerme una camisa o una blusa sin síntomas
- Puedo ponerme una camisa o una blusa con algún aumento de síntomas
- Me duele cuando me pongo una camisa o una blusa lentamente y con cuidado
- Necesito alguna ayuda, pero logro ponerme una camisa o una blusa en su mayor parte
- Necesito ayuda en la mayoría de los aspectos de ponerme una camisa o una blusa
- No puedo ponerme una camisa o una blusa

ALCANZAR COSAS

- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía sin un aumento de los síntomas
- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía con algún aumento de los síntomas
- Puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía con un aumento moderado de los síntomas
- No puedo alcanzar un estante alto para colocar una taza vacía, pero puedo alcanzar un estante más bajo sin un aumento de los síntomas
- No puedo alcanzar un estante más bajo sin un aumento de los síntomas, pero puedo alcanzar la altura de un mostrador para colocar una taza vacía
- No puedo levantar mi mano por sobre la altura de mi cintura sin un aumento de los síntomas

B. EXTREMIDAD INFERIOR

ESCALERAS

- Puedo subir las escaleras cómodamente, sin un pasamanos
- Puedo subir las escaleras cómodamente, pero con unas muletas, bastón o pasamanos
- Puedo subir más de un tramo de escaleras, pero con un aumento de los síntomas
- Puedo subir menos de un tramo de escaleras
- Puedo subir solo un único escalón o cordón de la vereda
- No puedo manejar siquiera un escalón o cordón de la vereda

TERRENO DESPAREJO

- Puedo caminar normalmente sobre terreno desperejo sin perder el equilibrio o usar un bastón o muletas
- Puedo caminar sobre terreno desperejo, pero con pérdida de equilibrio o usando un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo sin usar un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo aun cuando use un bastón o muletas
- Tengo que caminar con mucho cuidado sobre terreno desperejo y necesito ayuda física para lograrlo
- No puedo caminar sobre terreno desperejo

C. CERVICAL/TMJ**CONCENTRACIÓN**

- Puedo concentrarme plenamente cuando quiero, sin dificultad
- Puedo concentrarme plenamente cuando quiero, con alguna dificultad
- Tengo cierto grado de dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- Tengo muchísima dificultad para concentrarme cuando quiero hacerlo
- No puedo concentrarme para nada

DOLORES DE CABEZA

- No tengo dolores de cabeza para nada
- Tengo dolores de cabeza leves que aparecen menos de 3 veces por semana
- Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen ocasionalmente
- Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen 4 veces o más por semana
- Tengo dolores de cabeza severos que aparecen frecuentemente
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo

LECTURA

- Puedo leer todo lo que quiero sin un aumento de los síntomas
- Puedo leer todo lo que quiero con síntomas leves
- Puedo leer todo lo que quiero con síntomas moderados
- No puedo leer todo lo que quiero debido a los síntomas moderados
- Apenas puedo leer debido a los síntomas severos
- No puedo leer para nada

D. LUMBAR/CERVICAL/EXTREMIDAD SUPERIOR**MANEJAR**

- Puedo manejar mi coche o viajar sin síntomas adicionales
- Puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera con síntomas leves
- Puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera con síntomas moderados
- No puedo manejar mi coche o viajar todo lo que quiera debido a los síntomas moderados
- Apenas puedo manejar o viajar debido a los síntomas severos
- No puedo manejar mi coche o viajar para nada

LEVANTAR COSAS

- Puedo levantar cargas pesadas sin síntomas adicionales
- Puedo levantar cargas pesadas pero me provoca síntomas adicionales
- Mis síntomas me impiden levantar cargas pesadas, pero puedo manejarlas si están colocadas convenientemente (ej: sobre una mesa)
- Mis síntomas me impiden levantar cargas pesadas, pero puedo manejar cargas medianas si están colocadas convenientemente
- Solo puedo levantar cargas muy livianas
- No puedo levantar o llevar ninguna carga

ÍNDICE DE DOLOR

Por favor indique en la escala abajo el peor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas

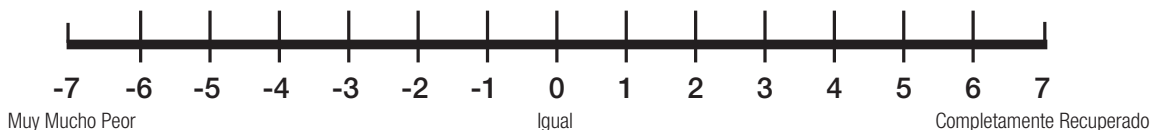


POR FAVOR COMPLETE SOLO EN LA ÚLTIMA CONSULTA

CALIFICACIÓN GLOBAL DE CAMBIO

¿Con respecto a la razón usted buscó tratamiento, cómo está usted ahora comparando a su primer tratamiento en nuestra clínica?

(Circule uno)

**CONDICIÓN LABORAL (solo en la última consulta, marque el que más se adecue)**

1. Sin tiempo de trabajo perdido
2. Vuelta al trabajo sin restricción
3. Vuelta al trabajo con modificación
4. No ha vuelto al trabajo
5. No empleado fuera de la casa

Días de trabajo perdidos por afección: _____ días

Soy consciente de que la información recogida en este formulario puede ser usada anónimamente para investigación o publicación.

Por favor iniciala: _____

E. TMJ**HABLAR**

- Puedo hablar sin un aumento de síntomas
- Puedo hablar todo lo que quiera son síntomas leves en mi mandíbula
- Puedo hablar todo lo que quiera con síntomas moderados en mi mandíbula
- No puedo hablar todo lo que quiera por los síntomas moderados en mi mandíbula
- Apenas puedo hablar por los síntomas severos en mi mandíbula
- No puedo hablar para nada

COMER

- Puedo comer todo lo que quiera sin síntomas
- Puedo comer todo lo que quiera, pero me da síntomas adicionales
- Los síntomas me impiden comer la comida común, pero puedo manejarlo si evito comidas sólidas
- Los síntomas me impiden masticar comidas que no sean blandas
- Puedo masticar comidas blandas ocasionalmente, pero me atengo principalmente a una dieta líquida
- No puedo masticar para nada y mantengo una dieta líquida

F. LUMBAR*/EXTREMIDAD INFERIOR**PARARME**

- Puedo pararme todo lo que quiera sin un aumento de los síntomas
- Puedo pararme todo lo que quiera, pero tengo un aumento de síntomas
- Los síntomas me impiden pararme más de 1 hora
- Los síntomas me impiden pararme más de 30 minutos
- Los síntomas me impiden pararme más de 10 minutos
- Los síntomas me impiden pararme para nada

PONERME DE CUCLILLAS

- Puedo ponerme de cuclillas sin usar mis brazos como apoyo
- Puedo ponerme de cuclillas completamente, pero con síntomas y usando mis brazos como apoyo
- Puedo ponerme de cuclillas 3/4 de mi profundidad normal, pero no completamente
- Puedo ponerme de cuclillas 1/2 de mi profundidad normal, pero menos de 3/4
- Puedo ponerme de cuclillas 1/4 de mi profundidad normal, pero menos de 1/2
- No puedo ponerme de cuclillas para nada debido a mis síntomas

SENTARME

- Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera
- Solo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 1 hora
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 1/2 hora
- Mis síntomas me impiden sentarme más de 10 minutos
- Mis síntomas me impiden sentarme para nada

* Las preguntas lumbares están adaptadas de Oswestry



NORTH LAKE
Physical Therapy
and Rehabilitation

RETURNING PATIENT INFORMATION

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ \ ____ \ ____
Apellido Nombre

¿Ha cambiado su dirección, número de teléfono, o seguro desde su último tratamiento aquí con North Lake Physical Therapy? Sin Cambios: Si: Dirección Teléfono: Seguro:

Si algo ha cambiado, por favor proporcione su información actual:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Numero de Teléfono)

(Compañía de Seguro) (Número de Identificación) (Nombre de Representante y Fecha de Nacimiento)

¿Es esto una reclamación de compensación de trabajo o un accidente de carro? Si: No:

Si marco si, porfavor complete el parte siguiente:

____ / ____ / ____ Trabajo / Carro
(Dia de Accidente) (Compania de Seguro) (Numero de Reclamacion) (Elige Uno)

(Nombre de Abonado / Telefono / FAX)

¿Quiere un recordatorio de su cita? De qué manera: MENSAJE: LLAMADO:

Autorización de tratamiento:

Por la presente doy autorización para los procedimientos de rehabilitación que están permitido por el estatuto actual de Oregón bajo el campo profesional son, en el juicio de mi terapeuta, se considera necesario.

Pago y Facturación:

Presentaremos reclamaciones en su nombre a sus compañías seguros primarios y secundarios. Cuando la información de seguro no está disponible o la información es invalido en el momento del servicio, el paciente o su tutoría legal tiene responsabilidad para todos los recargos acumulado. Los pagos son debido en el momento del servicio.

El contrato de su seguro está entre usted y la aseguradora. Si su seguro no page para los servicios después de 60 días del servicio, deberá pagar en total a esta oficina y cuando su seguridad nos paga será reembolsado. Si tiene preguntas sobre su seguro, por favor contactar su aseguradora. Es lo responsabilidad de cada paciente o su guardián legal para entender todos los términos y condiciones de cada plan de seguro.

Cuando firme abajo, está de acuerdo en que ha leído y entiende la información anterior.

(Firma de la paciente/guardián legal)

(Fecha)

(Nombre de la paciente/guardián legal)