Close physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

Gracias por escoger nuestra compania para servirle. Haremos lo mejor para proveerle con el mejor cuidado de salud. Para ayudarnos asistirle, por favor llene esta forma **COMPLETAMENTE.** Qualquier pregunta o si nesesita ayuda, por favor no se dentega en preguntar, estamos a su disposision.

INFORMACION DEL PACIENTE:

FECHA_____

NOMBRE_____
Apellido Primero Segundo

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____ MOBIL_____

DE SEGURO SOCIAL_____-_____-_____ FECHA DE NACIMIENTO_____-_____-_____

☐ VARON ☐ HEMBRA ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A)

SU EMAIL POR FAVOR_____

EMPLEADOR_____OCUPACION_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

EN CASO DE EMERGENCIA COMMUNICESE CON:

NOMBRE_____RELACION/PARENTESCO_____

TELEFONO_____ MOBIL_____

INFORMACION DE ACCIDENTE/CONDICION

DOCTOR REFERIENTE_____FECHA DE ACCIDENTE_____

TIPO DE ACCIDENTE: ☐ trabajo ☐ auto ☐ deporte ☐ otra manera

PARTE DEL CUERPO AFECTADO_____

¿Ha recibido tratamiento de terapia fisica o ciropractico para su presente problema? Si____No____

¿Cuando?_____¿Donde?_____¿Por Quien?_____

Close physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

INFORMACION DE CONYUGE O GUARDIAN:

NOMBRE_____FECHA DE NACIMIENTO_____-_____-_____

RELACION_____# DE SEGURO SOCIAL_____-_____-_____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO :

NOMBRE DE SEGURO MEDICO_____

NOMBRE DEL SEGURADO(A)_____# de I.D./GRUPO/PLAN_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____

SEGURO MEDICO #2_____

NOMBRE DEL SEGURADO(A)_____# de I.D./GRUPO/PLAN_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____

COBRO AL SEGURO MEDICO

Jack D. Close & Associates Physical Therapy and Rehabilitacion Center, procesara su seguro medico, como cortesia a usted, basado en la informacion que usted nos provee. Encaso de que su seguro medico niegue el pago a los servicios dados a usted, los cobros seran su responsabilidad. Es su responsabilidad de estar informado de sus beneficios, encuanto a su seguro medico. Los pasientes con Medicare son responsables del 20% de lo que no cubre Medicare.

CANCELACIONES

Nosotros requerimos 24 horas de notificacion para canelar su cita. Hay un cobro de $25 si no se cancela su cita y si no llega a su cita. Es su responsabilidad de pagar los $25. x_____

AUTORIZACION DE LIBERACION DE RECORDS

Autorizo la liberacion de mi expediente a mi medico personal, otro medico appropriado, abogado, pagador, o seguro medico, de cualquier informacion incluyendo diagnosis y tratamiento hacia mi personalmente o a mi hijo(a) durante el periodo de cuidado. Reconosco que esto permitara a Jack D. Close & Associates cobrarle a mi seguro medico. Autorizo a mi seguro medico que pague directamente a Jack D. Close & Associates Physical Therapy. Entiendo que mi aseguranza podra pagar menos de lo que actualmente fue cobrado para mis servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable en pagar los services dados a mi personalmente o a mi dependiente.

FIRMA **X**_____FECHA: _____

Para su convenienca aceptamos los sigientes metodos de pago: pago al contado, cheque personal, y Visa/MasterCard. Gracias por su tiempo en llenar esta forma. La informacion con que usted nos proveo nos ayudara en asistirle con mas eficiencia.

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS

Corporate Address
3777 Pecos-McLeod, Ste 102
Las Vegas, NV 89121
(P) 702-731-6873 (F) 702-731-2565

www.closept.com

West Side Location
8084 W. Sahara Ave., Ste A
Las Vegas, NV 89117
(P) 702-834-7689 (F) 702-684-5674

PATIENT MEDICATION LIST

Patient Name:

Date:

Medication	Dosage	Times/day

NECK PAIN DISABILITY QUESTIONAIRE

PATIENT NAME: _____ **DATE:** _____

Este questionaire se diseña para permitirnos entender cuánto ha afectado su dolor de cuello su capacidad de manejar sus actividades diarias. Respuesta de Pelase cada sección circundando la UNA declaración que la mayoría aplicaron a usted. Realizamos que usted puede sentirse que más de una declaración puede relacionarse con usted, pero POR FAVOR, círculo justo la una opción que ahora describe de cerca sus problemas.

Sección 1 - La intensidad
1. del dolor no tengo ningún dolor en el momento.
2. El dolor es muy suave en el momento.
3. El dolor es moderado en el momento.
4. El dolor es bastante severo en el momento.
5. El dolor es muy severo en el momento.
6. El dolor es el imaginable peor en el momento.

Sección 2 - El cuidado personal
1. puedo ocuparme normalmente sin causar dolor adicional.
2. Puedo ocuparme normalmente, pero causa dolor adicional.
3. Es doloroso ocuparse y tengo lento y cuidado.
4. Necesito una cierta ayuda, pero manejo la mayoría de mi cuidado personal.
5. Necesito ayuda cada día en la mayoría de los aspectos del uno mismo-cuidado.
6. No consigo vestido. Me lavo con dificultad y permanezco en cama.

Sección 3 - Levantando
1. puedo levantar pesos pesados sin dolor adicional.
2. Puedo levantar pesos pesados, pero causa dolor adicional.
3. El dolor evita levante pesos pesados del piso, pero puedo manejar si se colocan convenientemente, e.g. en un dolor de la tabla
4. evita que levante pesos pesados, pero puedo manejar la luz a los pesos medios si se colocan convenientemente.
5. Puedo levantar pesos muy ligeros.
6. No puedo levantar o llevar cualquier cosa en todos.

Sección 4 – Leyendo
1. puedo leer tanto como deseo sin al dolor en mi cuello.
2. Puedo leer tanto como deseo con al dolor leve en mi cuello.
3. Puedo leer tanto como deseo con al dolor moderado en mi dolor en mi cuello. 4. No puedo leer tanto como deseo debido a dolor moderado en mi cuello.
5. No puedo leer tanto como deseo debido a dolor severo en mi cuello.
6. No puedo leer en todos.

Sección 5 - Los dolores de cabeza
1. no tengo ningún dolor de cabeza en todos.
2. Tengo dolores de cabeza leves, que vienen infrecuentemente.
3. Tengo dolores de cabeza moderados, que vienen infrecuentemente.
4. Tengo dolores de cabeza moderados, que vienen con frecuencia.
5. Tengo dolores de cabeza severos, que vienen con frecuencia.
6. Tengo dolores de cabeza casi todos del tiempo.

Sección 6 - Concentración
1. que puedo concentrarme completamente cuando deseo sin a la dificultad.
2. Puedo concentrarme completamente cuando deseo con a la dificultad leve.
3. Tengo un grado justo de la dificultad en concentrarse cuando deseo a.
4. Tengo muchos de la dificultad en concentrarse cuando deseo a.
5. Tengo dificultad mucha en concentrarse cuando deseo a.
6. No puedo concentrarme en todos.

Sección 7 - El trabajo
1. puedo hacer tanto trabajo como deseo a.
2. Puedo hacer solamente mi trabajo generalmente, pero no más.
3. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo generalmente, pero no más.
4. No puedo hacer mi trabajo generalmente.
5. Puedo hacer apenas cualquier trabajo en todos.
6. No puedo hacer ningún trabajo en todos.

Sección 8 – Conduciendo
1. puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello.
2. Puedo conducir mi coche mientras deseo con dolor leve en mi cuello.
3. Puedo conducir mi coche mientras deseo con dolor moderado en mi cuello.
4. No puedo conducir mi coche mientras deseo debido a dolor moderado en mi cuello.
5. Puedo conducir apenas en todos debido a dolor severo en mi cuello.
6. No puedo conducir mi coche en todos.

Sección 9 - El dormir
1. no tengo ningún dormir del apuro.
2. Mi sueño se disturba levemente (menos de 1 hora de sleepless).
3. Mi sueño se disturba suavemente (1-2 horas de sleepless).
4. Mi sueño se disturba moderado (2-3 horas de sleepless).
5. Mi sueño se disturba grandemente (3-5 horas de sleepless).
6. Mi sueño se disturba totalmente (5-7 horas de sleepless).

Sección 10 - La reconstrucción
1. puedo enganchar a todas mis actividades recreacionales, sin dolor de cuello en todos.
2. Puedo enganchar a todas mis actividades recreacionales, con un cierto dolor en mi cuello.
3. Puedo contratar adentro la mayoría, pero no todas mis actividades recreacionales generalmente debido a dolor a mi cuello.
4. Puedo enganchar a algunas de mis actividades recreacionales generalmente debido a dolor en mi cuello.
5. Puedo hacer apenas cualquier actividad recreacional debido a dolor en mi cuello.
6. No puedo hacer ninguna actividades recreacional en todo

NOMBRE: _____ FECHA: _____ Pt. Sticker

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL DOLOR (PDI):

Mide la discapacidad provocada por el dolor crónico

Marque con un círculo el nivel de discapacidad causado por el dolor físico en las siguientes actividades cotidianas

1. **RESPONSABILIDADES FAMILIARES**: se refiere a actividades relacionadas con el hogar y la familia

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

2. **ENTRETENIMIENTO/DIVERSIÓN**: incluye deportes, hobbies, u otras actividades similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

3. **VIDA SOCIAL**: participación con amigos o conocidos en fiestas, reunions/cenas, u otras funciones sociales similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

4. **OCUPACIÓN**: se refiere a actividades relacionadas directa o indirectamente con el trabajo incluyendo quehaceres domésticos y voluntarios

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

5. **ACTIVIDAD SEXUAL**: esta categoria se refiere a la frecuencia y calidad de vida sexual

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

6. **CUIDADOS PERSONALES**: se refiere a las actividades de la vida diaria y de higiene personal como manejar, bañarse, vestirse, etc.

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

7. **ACTIVIDADES VITALES**: se refiere a actividades básicas como la alimentación, el sueño, la respiración u otras funciones similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

TOTAL SCORE: _____