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

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: _____

Cuestionario OSWESTRY para la incapacitación lumbar

Por favor lea: Este cuestionario ha sido diseñado para darle al doctor información sobre cómo su dolor de espaldas le ha afectado la vida diaria. Por favor conteste todas las secciones y marque SOLO UNA ORACION de cada sección. Nos damos cuenta que podría considerar dos oraciones de la misma sección, pero por favor escoja la que más fielmente describe su condición.

SECCÍON 1—Intensidad del dolor

A. Puedo tolerar al dolor sin recurrir a remedios para el dolor.
B. El dolor es intenso pero puedo soportarlo sin recurrir a remedios para el dolor.
C. Los medicamentos para el dolor me alivian completamente.
D. Los medicamentos para el dolor me alivian medianamente.
E. Los medicamentos para el dolor casi no me alivian.
F. Los medicamentos para el dolor no surten efecto y no los uso.

SECCÍON 2—Cuidado personal (bañarse, vestirse, etc.)

A. Puedo encargarme de mi cuidado personal sin causarme dolor adicional.
B. Normalmente puedo encargarme de mi cuidado personal, pero me causa dolor adicional.
C. Me causa dolor encargarme de mi cuidado personal y lo hago despacio y cuidadosamente.
D. Puedo encargarme de la mayoría de mi cuidado personal, pero necesito un poco de ayuda.
E. Necesito ayuda todos los días en casi todos los aspectos de mi cuidado personal.
F. No me visto, me baño con dificultad y me quedo en cama.

SECCÍON 3—Levantar pesos

A. Puedo levantar mucho peso sin dolor adicional.
B. Puedo levantar mucho peso pero con dolor adicional.
C. El dolor no permite que levante mucho peso del suelo, pero logro levantarlo cuando está en un lugar conveniente, como por ejemplo una mesa.
D. El dolor no permite que levante mucho peso, pero logro levantar pesos medianos si están en un lugar conveniente.
E. Puedo levantar sólo pesos livianos.
F. No puedo levantar o acarrear ningún peso del todo.

SECCÍON 4 –Caminar

A. El dolor no me impide que camine cualquier distancia.
B. El dolor me impide que camine más de 1 milla.
C. El dolor me impide que camine más de ½ milla.
D. El dolor me impide que camine más de ¼ milla.
E. Puedo caminar sólo usando bastón o muletas.
F. Me mantengo en cama la mayoría del tiempo y tengo que arrastrarme para ir al baño.

SECCÍON 5–Sentarse

A. Puedo sentarme en cualquier silla por cuanto tiempo quiera.
B. Puedo sentarme sólo en mi silla favorita por cuanto tiempo quiera.
C. El dolor me impide que me siente por más de 1 hora.
D. El dolor me impide que me siente por más ½ hora.
E. El dolor me impide que me siente por más 10 minutos.
F. El dolor me impide que me siente del todo.

SECCÍON 6 – Pararse

A Puedo permanecer de pie por cuanto quiera sin dolor adicional.
B. Puedo permanecer de pie por cuanto quiera, pero me produce dolor adicional.
C. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 1 hora.
D. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 30 minutos.
E. El dolor me impide que permanezca de pie por más de 10 minutos.
F. El dolor me impide que permanezca de pie del todo.

SECCÍON 7–Dormir

A. El dolor no me impide dormir bien.
B. Puedo dormir bien solamente tomando pastillas.
C. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 6 horas.
D. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 4 horas.
E. Aun cuando tomo pastillas duermo menos de 2 horas.
F. El dolor me impide que duerma del todo.

SECCÍON 8—Vida social

A. Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional.
B. Mi vida social es normal pero aumenta la intensidad del dolor.
C. El dolor no tiene un impacto significativo en mi vida social, aparte de impedirme que haga mis intereses más enérgicos (por ejemplo: bailar, etc.).
D. El dolor ha limitado mi vida social y ya no salgo tan frecuentemente como antes.
E. El dolor ha limitado mi vida social a la casa.
F. No tengo una vida social a causa del dolor.

SECCÍON 9–Viajar

A. Puedo viajar donde quiera sin dolor adicional.
B. Puedo viajar donde quiera pero me causa dolor adicional.
C. El dolor es fuerte, pero puedo tolerar viajes de más de dos horas.
D. El dolor me limita a hacer sólo viajes de menos de una hora.
E. El dolor me limita a hacer sólo viajes necesarios y de menos de 30 minutos.
F. El dolor me previence que viaje del todo, excepto cuando voy al doctor u hospital.

SECCÍON 10– Cambios en el grado de dolor

A. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
B. Mi dolor fluctúa, pero en general esta definitivamente mejorando.
C. Mi dolor parece estar mejorando, pero al momento la mejoría es lenta.
D. Mi dolor no esta mejorando ni empeorando.
E. Mi dolor esta gradualmente empeorando.
F. Mi dolor esta rápidamente empeorando.