



# 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 disposicion.

### 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 REFERENTE \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_

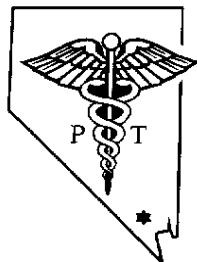
¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Donde? \_\_\_\_\_ ¿Por Quien? \_\_\_\_\_

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.closet.com

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



# 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 SEGURO(A) \_\_\_\_\_ # de I.D./GRUPO/PLAN \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Codigo Postal

SEGURO MEDICO #2 \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO(A) \_\_\_\_\_ # de I.D./GRUPO/PLAN \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Codigo Postal

### COBRO AL SEGURO MEDICO

Jack D. Close & Associates Physical Therapy and Rehabilitation 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 apropiado, 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 conveniencia 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



### ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

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

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

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

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

SCORE: \_\_\_\_\_ /80  
 Please submit the sum of responses to ACN Group.

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

