

Abundant Life CHIROPRACTIC PERFIL DE SALUD COMPLETO

Nombre _____ Fecha ___/___/___ Edad _____ Mas/Fem _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono: Casa _____ Celular _____ Compañía de Celular _____
 Correo Electrónico _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___
 Ocupación _____ Nombre del Empleador _____
 Soltero / Casado / Divorciado / Viudo Nombre de su Esposo/a _____
 Numero de Hijos _____ Nombres y Edades _____

A quien le Agradeceremos Por Referirlo a Usted? _____

LISTE SUS PREOCUPACIONES DE SALUD ACÁ ABAJO

Preocupaciones de Salud según su severidad.	Rango de Severidad 1 = suave 10 = severo	cuando comenzó este episodio?	Has tenido este problema antes, cuando?	Comenzó este problema con un accidente?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____

HA VISTO OTRO DOCTOR POR ESTAS CONDICIONES? SI / NO
 QUIROPRÁCTICO? _____ MÉDICO? _____ OTRO _____
 QUIÉN Y CUANDO? _____

ENCIERRE TODOS LOS PROBLEMAS QUE TIENE

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| -MAREO | -DOLOR EN LA MITAD DE LA ESPALDA | -DOLOR DE GARGANTA | -DOLOR EN LOS HOMBROS | -NERVIOS |
| -NAUSEA | -CIÁTICA | -PROBLEMAS DE TIROIDES | -FATIGA CRONICA | -EPILEPSIA |
| -DOLOR DE CABEZA | -ADORMECIMIENTO EN LAS PIERNAS | -ADORMECIMIENTO EN BRAZOS | -LUPUS | -PROBLEMAS DE DISCOS |
| -VERTIGO | -ADORMECIMIENTO EN LOS PIES | -ADORMECIMIENTO EN LAS MANOS | -FIBROMIALGIA | -INFERTILIDAD |
| -REFLUJO GASTRICO O ENFERMEDAD DEL HIGADO | -DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA | -PROBLEMAS MENSTRUALES | -DOLOR EN EL PECHO | -TMJ |
| -INFECCIONES DE OIDO | -DOLOR DECADERAS | -PROBLEMAS DE CORAZON | -DOLOR EN LOS BRAZOS | - PROBLEMAS DE RIÑONES |
| -DOLOR DE CUELLO | -DOLOR EN LAS PIERNAS | - PROBLEMAS DE ESTOMACALES | -ADD/ADHD | - PROBLEMAS DE VEJIGA |
| -MIGRAÑAS | -DOLOR EN LAS RODILLAS | | -DOLOR EN LOS HOMBROS | |
| -ANXIEDAD | -DOLOR EN LAS RODILLAS | | -FATIGA CRONICA | |
| -SINUSITIS | -ÚLCERAS | | -PROBLEMAS DIGESTIVOS | |
| -ASMA | | | | OTROS: _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |

ENCIERRE QUALQUIER CONDICIÓN QUE TIENE/HA TENIDO:

DERRAME CEREBRAL CANCER ENFERMEDAD DE CORAZON CIRUGÍA EN LA COLUMNA CONVULSIONES FRACTURA EN LA COLUMNA ESCOLIOSIS DIABETES

LISTE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE HA TENIDO Y EL AÑO _____

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA CON O SIN PRESCRIPCIÓN:

CUANDO FUE SU ÚLTIMO ACCIDENTE DE CARRO? _____

HA TENIDO CUIDADO QUIROPRÁCTICO ANTERIORMENTE? SI / NO

SI LO HA TENIDO, LISTE EL NOMBRE DEL DR. & LA FECHA _____

ALGUNA VEZ HA QUEDADO INCONCIENTE? SI / NO FRACTURADO UN HUESO? SI/NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR DESCRIBELA _____

OTRO TRAUMA: _____

SI ESTE PERFIL DE SALUD ES PARA UN MENOR/NIÑO, PORFAVOR LLENE Y FIRME ABAJO

CONCENTIMIENTO ESCRITO PARA UN NIÑO

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA OFICINA QUE ES UN MENOR/NIÑO _____

YO AUTORIZO AL DR. JACOB KRAGT Y QUALQUIERA DE LOS EMPLEADOS DE ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EVALUACIONES RADIOGRAFICAS, DAR CUIDADO CORRECTIVO Y REALIZAR AJUSTES QUIROPRÁCTICOS ESPECIFICOS A MI MENOR/ NIÑO.

HASTA ESTA FECHA, YO TENGO EL DERECHO LEGAL DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD DE MI MENOR/ NIÑO. SI MI AUTORIDAD DE SELECCIONAR Y AUTORIZAR EL CUIDADO ES REVOCADO O ALTERADO, YO INMEDIATAMENTE NOTIFICARE A ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC.

FECHA

FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL

FIRMA DEL TESTIGO

RELACIÓN DEL GUARDIAN LEGAL CON EL MENOR/NIÑO

AUTORIZACIÓN PARA LAS RADIOGRAFIAS

COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS PARA SU SALUD, SOMOS LEGALMENTE RESPONSABLES DE SU HISTORIA QUIROPRÁCTICA.
 NOSOTROS DEBEMOS MANTENER COPIAS DE SUS RADIOGRAFIAS EN NUESTROS ARCHIVOS.
 SI USTED SOLICITA COPIAS, NOSOTROS LE DAREMOS UNA COPIA DE SUS RADIOGRAFIAS DESDE NUESTROS ARCHIVOS.

**EL COSTO POR LAS COPIAS DE RADIOGRAFIAS EN UN DISCO COMPACTO ES DE \$15.00. ESTE CARGO TIENE QUE SER PAGADO
 CON ATICIPACION.**

LAS RADIOGRAFIAS DIGITALES EN CD ESTARAN DISPONIBLES DENTRO DE 72 HORAS DE HABER RECIBIDO EL PAGO SEGUN
 NUESTRO HORARIO DE OFICINA.

POR FAVOR NOTE: LAS RADIOGRAFIAS SON UTILIZADAS EN ESTA OFICINA PARA AYUDAR A UBICAR Y ANALIZAR SUBLUXACIONES
 VERTEBRALES.

ESTAS RADIOGRAFIAS NO SON USADAS PARA INVESTIGAR PATOLOGIA MÉDICA. EL DOCTOR DE ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC
 NO DIAGNOSTICA O TRATA CONDICIONES MEDICAS; SIN EMBARGO, SI ALGUNA ABNORMALIDAD ES ENCONTRADA, NOSOTROS SE
 LO INDICAREMOS PARA QUE PUEDA BUSCAR LA AYUDA MEDICA APROPIADA.

AL FIRMAR ABAJO ESTA ACEPTANDO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES MENSIONADOS ANTERIORMENTE.

 ESCRIBA SU NOMBRE AQUI

 FECHA

 FIRMA

 FECHA DE NACIMIENTO

PACIENTES FEMENINOS UNICAMENTE: EN MI CONOCIMIENTO, **YO CREO NO ESTAR EMBARAZADA**
 A LA HORA DE TOMAR LAS RADIOGRAFIAS EN ABUNDANT LIFE CHIROPRACTIC.

 FIRMA

 FECHA

NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA • NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA

SEX: MALE FEMALE

VIEW	KVP	MAS
LAT Cervical		
APOM		
AP Thoracic		
LAT Thoracic		
LAT Lumbar		
AP Lumbar		
Cervical Flexion/Extension		

XRAY TECH INITIALS _____

Información del Paciente (Debe ser Completado Antes que sea evaluado)

NOMBRE: _____
PRIMERO NOMBRE DEL MEDIO APELLIDO

TELEFONO: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____ Teléfono #: _____

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIO: _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Número de seguro social del asegurado: _____

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIO: _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Número de seguro social del asegurado: _____

Pólizas de seguro y Costos

- **Consulta:** incluye la historia del miembro de la oficina. Este servicio es gratuito.
- **Evaluación:** (miembro de la oficina nuevo o ya establecido) - incluye uno o más de los siguientes: la termografía, la electromiografía de superficie, la amplitud de movimiento, rango de movimiento y /o palpación estática, revisión de las piernas \$ 50 - \$ 75.
- **Ajuste Quiropráctico:** El real re-alineamiento de las vértebras hecho a mano. A menudo un sonido será escuchado, pero si no hay un sonido auditivo, esto no significa que el ajuste no ha tenido lugar. \$ 40 - \$ 60.
- **Los rayos X:** Tomas específicas de imágenes radiológicas de la columna vertebral para determinar la desalineación / subluxación de las vértebras. Estos también pueden ser utilizados para indicar el progreso después de un período del cuidado. \$ 40 por imagen.

Autorización / Asignación de Beneficios

Yo autorizo y solicito el pago de los beneficios del seguro directamente a **Dr. Jacob Kragt**. Estoy de acuerdo que esta autorización cubrirá todos los servicios recibidos hasta que yo revoque la autorización. Estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede ser utilizado en lugar de la original. Todos los servicios profesionales recibidos se cobran al paciente. Se acostumbra a pagar por los servicios al momento de ser recibidos a menos que otros arreglos se hayan hecho con anterioridad. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos que no están cubiertos por esta asignación.

Firma _____

Fecha _____

Términos de Aceptación

A fin de proveer un ambiente sano, una aplicación más efectiva de los procedimientos quiroprácticos y una mejor relación entre el paciente y el Doctor, es nuestro deber el darle a cada paciente una lista de parámetros y declaraciones que facilitaran nuestra meta de una salud óptima a través de quiropráctica.

Con este fin, pedimos que reconozca los siguientes puntos relacionados con el cuidado quiropráctico y los servicios ofrecidos en nuestra oficina.

- A. La quiropráctica es una ciencia muy específica, autorizada por la ley para atender preocupaciones y necesidades de su columna vertebral. La quiropráctica es una ciencia distinta y separada de la medicina.
- B. La quiropráctica busca maximizar el poder de sanación del cuerpo humano restableciendo el funcionamiento normal de los nervios mediante el ajuste de subluxaciones de la columna. Subluxaciones son desviaciones de la estructura de la columna vertebral que interfieren con el proceso normal de los nervios.
- C. El proceso de los ajustes de la quiropráctica, como está definida por ley en esta jurisdicción, implica la aplicación de un impulso específico dirigido a una región o regiones de la columna vertebral con la intención de corregir la posición de segmentos desalineados. Este es un procedimiento seguro y efectivo utilizado más de un millón de veces al día por Doctores quiroprácticos en los Estados Unidos.
- D. Una evaluación quiropráctica completa es parte del procedimiento normal. La meta de esta evaluación es identificar cualquier problema en la salud de la columna vertebral y necesidades quiroprácticas. Si durante el proceso, se observa alguna condición fuera del campo de la quiropráctica, el paciente será referido al proveedor o especialista apropiado de acuerdo con las indicaciones iniciales de su necesidad.
- E. La quiropráctica no busca competir o reemplazar a su Médico, Dentista o cualquier otro profesional de la salud. Ellos tienen la responsabilidad y el manejo de condiciones médicas. Nosotros no damos consejos acerca de tratamientos formulados por otros.
- F. Su cumplimiento con el cuidado quiropráctico, El cuidado en el hogar y un buen cuidado personal son importantes para obtener una sanción máxima y una salud optima a través de quiropráctica.
- G. Le invitamos a que sea honesto con los doctores sobre cualquier asunto relacionado con su cuidado en nuestra oficina, su naturaleza, duración, o costos en los que trabajamos para mantener un ambiente abierto y de apoyo.

Yo _____ He leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores.

Todas las preguntas concernientes a los objetivos del Doctor en relación a mi cuidado en esta oficina han sido contestadas con satisfacción. De manera que acepto el cuidado quiropráctico.

Notificación de Privacidad

Entiendo que tengo derechos de privacidad en cuanto la protección de mi información de salud, bajo el acta del año 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y ser usada para:

1. Dirigir y planear mi tratamiento y seguimiento junto con todas las personas involucradas en este tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtener pagos que vienen de terceros.
3. Dirigir operaciones normales como evaluaciones de calidad y certificación del médico.

Entiendo que debo solicitar por escrito acerca de cómo mi privacidad es usada para llevar a cabo el tratamiento, mis pagos o las operaciones del cuidado. También entiendo que ustedes no están en la obligación de aceptar mi petición, pero si está de acuerdo, entonces está en la obligación de hacer valer esta restricción.

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, COMO TODAS LAS FORMAS DE SALUD OFRECE VENTAJAS CONSIDERABLES ASI COMO TAMBIÉN PODRÍA PROPORCIONAR ALGÚN NIVEL DE RIESGO. ESTE NIVEL DE RIESGO ES A MENUDO MUY MÍNIMA; EN CASOS MUY RAROS, ALGUNA LESIÓN HA SIDO ASOCIADA CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO. EL TIPO DE COMPLICACIONES QUE SE HAN REPORTADO SECUNDARIAS A LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA INCLUYE: ESGUINCE / DISTENSIÓN MUSCULAR, IRRITACIÓN DE ALGUNA CONDICIÓN DEL DISCO, Y RARA VEZ, FRACTURAS. UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS RARAS ASOCIADAS CON EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO CON UNA ESTADISTICA ENTRE UNA POR CADA MILLON O, UNA POR CADA DOS MILLONES, AJUSTES EN LA COLUMNA CERVICAL (CUELLO) PUEDE RESULTAR EN UNA LESIÓN VERTEBRAL QUE PODRÍA CAUSAR UN DERRAME CEREBRAL.

ANTES DE RECIBIR ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA EN ESTA OFICINA QUIROPRÁCTICA, UNA HISTORIA CLÍNICA Y UN EXAMEN FÍSICO SERÁ COMPLETADO. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON REALIZADOS PARA EVALUAR SUS CONDICIONES ESPECÍFICAS, SU SALUD GENERAL Y EN PARTICULAR LA SALUD DE SU COLUMNA VERTEBRAL. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON PARA DETERMINAR SI EL CUIDADO QUIROPRÁCTICO ES NECESARIO, O SI ES NECESARIO MAS EXÁMENES O ESTUDIOS. ADEMÁS, NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI HAY NINGUNA RAZÓN PARA MODIFICAR SU ATENCIÓN O PROPORCIONARLE UNA REMISION A OTRO PROVEEDOR DE SALUD. TODOS LOS RESULTADOS RELEVANTES SERÁN REPORTADOS A USTED JUNTO CON UN PLAN DE CUIDADO ANTES DE COMENZAR.

YO ENTIENDO Y ACEPTO QUE HAY RIESGOS ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA Y AUTORIZO LOS EXAMEN QUE EL DOCTOR CONSIDERE NECESARIOS Y AL CUIDADO QUIROPRÁCTICO, INCLUYENDO LOS AJUSTES VERTEBRALES, DESPUES DE MI EVALUACIÓN.

NOMBRE DEL MIEMBRO

FIRMA

FECHA

SI EL MIEMBRO DE LA OFICINA ES UN MENOR / NIÑO, EL PADRE O UN TUTOR DEBE FIRMAR ABAJO.

FIRMA DEL GUARDIAN DEL MIEMBRO

FECHA

RELACION CON EL MENOR/ NIÑO

TESTIGO/WITNESS SIGNATURE (OFFICE STAFF)

FECHA

HISTORIA DE LA SALUD DE SU FAMILIA

ESTA FORMA ES PARA AYUDAR A LOS DOCTORES. PROPORCIONAR ESTA INFORMACION DE SU HISTORIAL DE SALUD ES IMPORTANTE PARA SU REVISION.

FECHA _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE AQUI _____

CONDICION	ESPOSO/A	HIJO	HIJA	MADRE	PADRE
DOLOR DE BRAZO					
ARTRITIS					
ASMA					
ADD/ADHD (PROBLEMA DE ATENCION)					
ALERGIAS					
PROBLEMAS DE ESPALDA					
ORINAR LA CAMA					
CANCER					
TÚNEL CARPIANO					
FALLECIDO					
DIABETES					
PROBLEMAS DIGESTIVOS					
PROBLEMS DE DISCOS					
INFECTIONS DE OIDO					
FIBROMIALGIA					
DOLORES DE CABEZA					
ACIDEZ					
PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
DOLOR DE CADERAS					
DOLOR DE PIERNAS					
PROBLEMAS MENSTRUALES					
MIGRAÑAS					
DOLOR DE CUELLO					
ESCOLIOSIS					
DOLOR DE HOMBROS					
PROBLEMAS DE SINUSITIS					
TMJ (PROBLEMAS DE MANDIBULA)					

ACTIVIDADES DE VIDA

Nombre de paciente _____

Por favor, identifique como su condición actual está afectando a su capacidad para realizar las actividades que rutinariamente son parte de su vida:

ACTIVIDADES:	EFEECTO:			
Llevar Comestibles	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Sentado a de Pie	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Subir Escaleras	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Cuidado de Mascotas	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Manejando	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Uso Extendido de la Computadora	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Quehaceres Domésticos	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Levantamiento de Niños	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Leyendo/ Concentración	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Bañándose	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Vestirse	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Afeitarse	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Actividades Sexuales	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Dormir	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Sentar	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Estar de Pie	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Trabajo en el Jardín	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Caminando	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Barrer/Aspirar	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Lavar los Platos	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Lavar Ropa	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Sacar Basura	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Levantar Comestibles	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer
Otro _____	<input type="checkbox"/> Ningún Efecto	<input type="checkbox"/> Doloroso (puede hacer)	<input type="checkbox"/> Doloroso (limite)	<input type="checkbox"/> No Puede Hacer

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Índice de Calificación Funcional

Nombre: _____

Fecha: _____

Solo para **problemas de cuello o espalda**.

Para poder evaluar adecuadamente su condición, debemos entender cómo **sus problemas de cuello o espalda** han afectado su capacidad para manejar las actividades diarias. Para cada uno de los siguientes elementos, **por favor circule el número que describa más detalladamente su condición en este momento**.

1. Intensidad del Dolor

0	1	2	3	4
Sin dolor	Leve	Moderado	Severo	Peor posible

6. Actividades

0	1	2	3	4
Puede hacer todo	Puede hacer mucho	Puede hacer algo	Puede hacer poco	No puede hacer nada

2. Capacidad de dormir

0	1	2	3	4
Perfecto	Dificultad leve	Dificultad moderada	Muy Dificil	Totalmente difícil

7. Frecuencia del Dolor

0	1	2	3	4
Sin dolor	Ocasional 25% del día	Intermitente 50% del día	Frecuente 75% del día	Constante 100% del día

3. Cuidado Personal (lavar, vestir, etc.)

0	1	2	3	4
Sin dolor	Leve	Moderado	Necesita ayuda	No puede hacer

8. Levantar

0	1	2	3	4
Sin dolor con peso pesado	Dolor con peso pesado	Dolor con peso moderado	Dolor con peso ligero	Dolor con cualquier peso

4. Conducir

0	1	2	3	4
Sin dolor en viajes largos	Leve en viajes largos	Moderado en viajes largos	Moderado en viajes cortos	Severo en viajes cortos

9. Caminar

0	1	2	3	4
Sin dolor; cualquier distancia	Dolor después de 1 milla	Dolor después de ½ milla	Dolor después de ¼ milla	Dolor constante al caminar

5. Trabajar

0	1	2	3	4
Puede hacer trabajo habitual y mas	Solo puede hacer trabajo habitual	Puede hacer 50% de trabajo habitual	Puede hacer 25% de trabajo habitual	No puede trabajar

10. Estar de Pie

0	1	2	3	4
Sin dolor después de muchas horas	Dolor después de varias horas	Dolor después de 1 hora	Dolor después de ½ hora	Dolor constante cuando está de pie

Firma: _____

Total Score _____