



## Informacion del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Lugar de Negocios \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_

Relacionados con Accidentes: Y N Relacionado con el Auto: Y N Relacionado con el Empleo : Y N

Fecha del Accidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Dirección de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cell \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estas tomando alguna medicación? Y \_\_ No \_\_ Si si que tipo y por que?

Ha tenido cirugía en los últimos dos años? Si si explica

### Compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que se aplica

- AIDS  Diabet es  Entumecimiento de la mano  Reemplazo de la articulación  
 Artritis  Dificultad para tragar  Dolores de cabeza  Problemas de rinon  Embarazada  
 Asma  Mareos, desmayos  Problemas cardiacos  Dolor de rodilla  Ciática  
 Lesión de espalda  Edema  Hepatitis A B C  Dolor de pierna  Trastorno convulsivo  
 Desorden sangrante  Fatiga  Hernia  Pérdida del equilibrio  Carrera  
 Cáncer  Dolor de pie  Hernia de disco  Dolor lumbar  
 Dolor de pecho  Fracturas  Dolor de cadera  Dolor de cuello  Marcapasos

Quién es su medico de referencia? \_\_\_\_\_

Qué tratamiento recibió y cuándo? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Qué pruebas han tenido para sus síntomas cuándo y dónde se realizaron?  X rays Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  CT Scan Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 MRI Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Other Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ha tenido síntomas similares en el pasado? \_\_ SI \_\_ NO

Si ha recibido tratamiento en el pasado por los mismos síntomas

O síntomas similares, a quién vio? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Esta clínica \_\_\_\_\_ Doctor en medicina \_\_\_\_\_ Otro  
\_\_\_\_ Quiropráctico \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta

Cuál es su ocupación?

\_\_\_\_ Ejecutivo professional \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_ Retirado  
\_\_\_\_ Cuello blanco/secretaria \_\_\_\_\_ Obrero \_\_\_\_\_ Estudiante a tiempo completo  
\_\_\_\_ Otro

\*\*\* Continué en la parte posterior\*\*\*

# Leading Edge - Patient Health Questionnaire

ACN Group, Inc. Form PHQ-202

ACN Group, Inc. Use Only rev 8/14/14

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Los síntomas de la fecha comenzaron: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Describe tus síntomas \_\_\_\_\_

Cómo comenzaron tus síntomas? \_\_\_\_\_

## Con qué frecuencia experimenta sus síntomas?

- 1 Constantemente (76-100% of the day)
- 2 Con frecuencia (51-75% of the day)
- 3 Ocasionalmente (26-50% of the day)
- 4 Intermittentemente (0-25% of the day)

## Qué describe la naturaleza de tus síntomas?

- 1 Agudo
- 2 Dolor sordo
- 3 Dolor adormecedor
- 4 Dolor insoportable
- 5 Dolor que quema
- 6 Dolor de hormigueo

## Cómo está cambiando su condición desde que comenzó la atención en esta instalación?

- 1 N/A -Esta es mi primera visita
- 2 Mucho peor
- 3 Peor
- 4 Un poco peor
- 5 Sin cambios
- 6 Un poco mejor
- 7 Mejor
- 8 Mucho mejor

## Intensidad promedio del dolor:

Las últimas 24 hr Sin dolor  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Peor dolor

Semana pasada: Sin dolor  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Peor dolor

## Cuánto han interferido sus síntomas con sus actividades diarias habituales?

Ambos trabajan, fuera del hogar y last areas del hogar:

Nada  Un poco  Moderado  Un poco mas  Extremadamente

Visitando con familiares, amigos etc:

Nada  Un poco  Moderado  Un poco mas  Extremadamente

## En general diría usted que su salud general ahora mismo es?

Excelente  Muy bueno  Bueno  Regular  Pobre

Porque un terapeuta debe conocer las condiciones físicas existentes que tengo, he enumerado todas mis condiciones médicas y limitaciones físicas conocidas. Informaré a mi terapeuta de cualquier cambio en mi salud física. Entiendo que un terapeuta no diagnostic enfermedad, ni ningún otro trastorno físico o mental medico. Soy responsable de consultar a un medico calificado para cualquier dolencia física que tenga.

Doy permiso a los terapeutas y al personal para que administren el tratamiento y realicen los generales que consideren necesarios en el diagnostic y/o tratamiento de mi afección

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### \*\*\* PROVIDER COMPLETES THIS SECTION \*\*\*

Date you want THIS submission to begin:

--	--	--

#### Patient Type

- 1 New to your office
- 2 Est'd, new injury
- 3 Est'd, new episode
- 4 Est'd, continuing care

#### Nature of Condition

#### Cause of Current Episode

- 1 Traumatic
- 2 Unspecified
- 3 Repetitive
- 4 Post-surgical
- 5 Work related
- 6 Motor vehicle

#### DC ONLY

- Anticipated CMT Level
- 1 98940
  - 2 98941
  - 3 98942
  - 4 98943

#### Date of Surgery

--	--	--

#### Type of Surgery

- 1 ACL Reconstruction
- 2 Rotator Cuff/Labral Repair
- 3 Tendon Repair
- 4 Spinal Fusion
- 5 Joint Replacement
- 6 Other

#### Current Functional Measure Score

#### Diagnosis (ICD code)

Please ensure all digits are entered accurately

1°    .

2°    .

3°    .

4°    .

- Ⓐ Initial onset (within last 3 months)
- Ⓑ Recurrent (multiple episodes of < 3 months)
- Ⓒ Chronic (continuous duration > 3 months)

Neck Index

Back Index

DASH

LEFS

\_\_\_\_\_ (other)