



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 Intermitemente (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)