



Nevada Hand Therapy

Formulario de Pacientes

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Teléfono casa: _____ (Por favor circule el número de teléfono en el que prefiere

Teléfono celular: _____ ser contactado, en caso que Nevada Hand Therapy

Teléfono de Trabajo: _____ necesite mensaje con información detallada)

Empleador: _____ Número de teléfono de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Nombre de persona que avala por usted/ Nombre de conyugue: _____

Número de seguro Social de la persona titular en la póliza de seguros: _____

Nombre del empleador de su conyugue/ o de persona avaladora: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del Médico que lo remite: _____

¿Ha recibido terapia en el presente año? Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuantas visitas a tenido? _____ ¿A dónde? _____

¿Es esto la reclamación de la compensación de un trabajador (hizo daño a usted en el trabajo)? Si No

INFORMACION LABORAL

¿Esta empleado actualmente? Si No

¿Cuál es el título en su trabajo? _____

¿Cuáles son sus deberes o responsabilidades en su trabajo? _____

¿Cuál es su estado laboral? Turno Completo Turno moderado o medio tiempo Fuera de Servicio
Con restricciones

HISTORIAL MEDICO

Por favor circule cualquier condición médica pasada o reciente:

Insuficiencia Cardíaca

Cáncer

Accidente cerebrovascular

Marcapasos

Presión arterial alta

Lesiones de cabeza

Enfermedad cardiovascular

Diabetes

Dolor de cuello o espalda

Ritmo cardiaco irregular

Artritis

Embarazo

Otras (por favor enumere): _____

Por favor marque si es usted: NO fumador fumador Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____



Por favor enumere lesiones o cirugías pasadas que haya tenido en su cuello, hombros, brazos y/o manos:

¿Tiene implantes de metal o cualquier articulación artificial? Si No

Por favor marque cualquier tipo de alergia que usted pueda tener:

Esteroides Adhesivos Cera de Abejas Látex

Otras alergias, por favor especifique: _____

¿Está tomando usted medicamentos médicos? Por Favor enlistelos: _____

¿Le han realizado cualquiera de los estudios enumerados abajo, para tratar sus lecciones o problemas actuales?

Examen

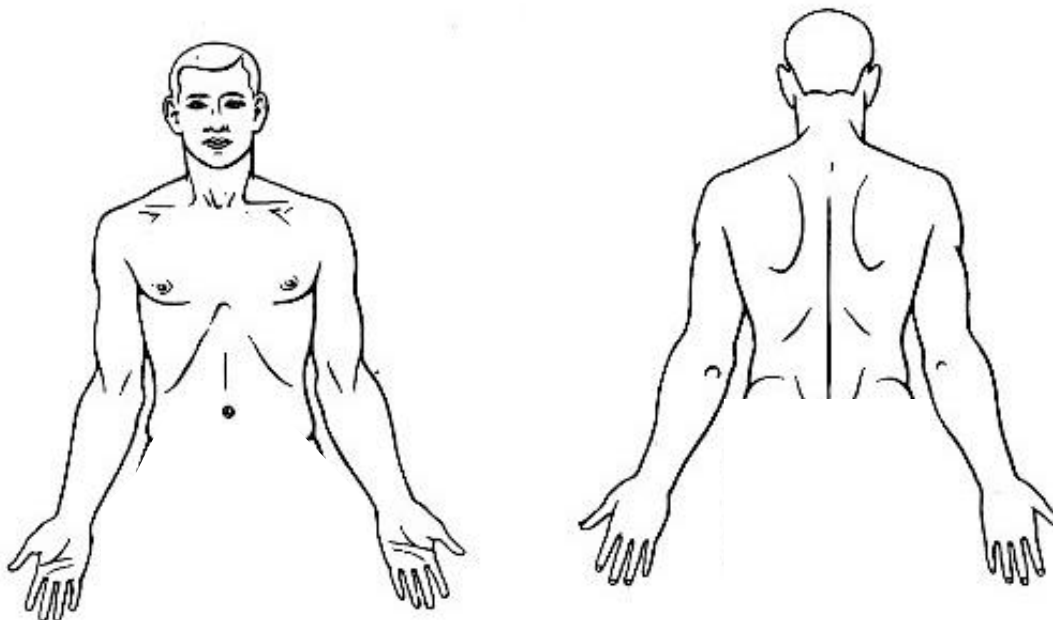
Resultados (si los conoce):

Rayos X	Si	No	_____
Examen de conducción nerviosa	Si	No	_____
Electromiograma y estudios de conducción nerviosa (EMG)	Si	No	_____
Tomografía computarizada (Escaneo CT)	Si	No	_____
Imágenes por resonancia magnética (MRI)	Si	No	_____

FAVOR VER AL REVERZO

SINTOMAS

Por favor use este diagrama y circule cualquier área problemática que tenga. Use la letra %D+ para indicar áreas con dolor, y use la letra %S+ para indicar áreas que tenga dormidas o con hormigueo:





DOLOR

En la escala de 0 - 10, circule el número que mejor describa la intensidad de su peor dolor en la semana pasada.

0 = sin dolor, a 10 = el peor dolor imaginable

Are you in pain? (¿Tiene Dolor?)



0
very happy,
no pain
(Muy feliz
Sin dolor)



1 - 2
hurts just
a little bit
(Duele un
poquito)



3 - 4
hurts a
little more
(Duele un
poco más)



5 - 6
hurts even
more
(Duele
aún más)



7 - 8
hurts a
whole lot
(Duele
mucho)



9 - 10
hurts as much
as possible
(Duele tanto como
pueda imaginar)

CUENTENOS SOBRE SU CONDICION ACTUAL...

¿Cuál es su diagnóstico? _____

Fecha en que se leciono: _____

Fecha de cirugía (si es que aplica): _____

¿Qué le sucedió? Describa brevemente sus síntomas o problemas actuales: _____

¿Ha padecido estos síntomas anteriormente? ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido tratamientos previos por estos problemas? _____

¿Qué posturas o actividades aumentan sus síntomas? _____

¿Qué posturas o actividades disminuyen sus síntomas? _____

¿Ha probado usar abrazaderas de soporte (como rodilleras) o férulas? _____

¿Qué impacto ha tenido esto en su vida? ¿Qué es lo que no pude hacer, o que es lo que le resulta difícil de hacer, debido a su condición actual? _____

¿Qué pasatiempos o actividades le gusta hacer? ¿Está teniendo dificultades al practicar estas actividades? _____

¿Cuáles son sus metas al venir a las terapias? _____

¿Hay más información que deberíamos saber y que no está incluida o cubierta en este formulario? Si la respuesta es afirmativa, por favor explique abajo. _____



Aviso de Prácticas Privadas Recibo de paciente

Su firma en las líneas de abajo, dan a entender que usted ha recibido una copia sobre las Practicas Privadas de Nevada Hand Therapyq El aviso de Practicas Privadas, le da información acerca de cómo Nevada Hand Therapy puede usar o dar a conocer su información médica. Le recomendamos leer los formularios por completo.

Firma del Paciente

Fecha

Entendimiento de las Políticas de Nevada Hand Therapy

Pacientes con Seguro Privado & Pacientes en Medicare

Yo, autorizo el tratamiento de la persona nombrada y acuerdo pagar todos los cargos y honorarios por tal tratamiento. Autorizo la liberación de mi historial médico y/u otra información que fuese necesaria para procesar mis demandas. Autorizo el pago por beneficios médicos directamente a Nevada Hand Therapy, LLC, por los servicios descritos. Los cargos mostrados en las declaraciones han sido acordados ser veraces y razonables, a menos que sean protestados por escrito en un lapso no mayor de 30 días de la fecha de facturación o cobro.

Firma del Paciente

Fecha

Compensación del trabajador- pacientes

Autorizo la liberación de mi historial médico y/u otra información que fuese necesaria para procesar mis demandas. Nevada Hand Therapy, LLC, facturara los cargos a quienes estén a cargo de sus ~~Compensaciones del Trabajador~~(o worker's compensation carrier). Sin embargo, si por algún motivo su demanda es denegada, usted se volverá el responsable financiero de sus facturas. Los pacientes con ~~Compensación del Trabajador~~ que posean varias citas en las que NO LLAMO/ NO SE PRESENTO sin dar aviso previo de 24 horas; puede resultar en la negación de su demanda a la compañía de seguros de la ~~Compensación del Trabajador~~

Firma del Paciente

Fecha



Centro de Servicios Medicare (CMS): Limites de Servicios Terapéuticos de Medicare

A partir del 1 de Enero, 2015, todos los cobros de Medicare por servicios de terapia Occupational no puede exceder \$1940 o serán sujetos a una revisión manual médica. Todos los servicios facturados deberán ser considerados necesidades médicas. Si los servicios de terapia Occupational exceden el límite de \$1940 y las excepciones que van más allá del límite financiero no han sido aprobadas por Medicare, el balance restante será responsabilidad del paciente. Para más información sobre Medicare Part Bq límites y procesos de excepciones de terapias a pacientes externos, visite la página web: <http://www.cms.gov/>.

Firma del Paciente

Fecha

Política de Cancelación de 24 horas

En Nevada Hand Therapy, nos esforzamos por mantener las citas dentro del horario asignado, en reducir las esperas innecesarias, y permitir que los pacientes sean vistos rápidamente después que han sido referidos a nosotros por un médico. Uno de los factores mas grandes que influyen en nuestra habilidad para hacer esto, es la falta de aviso de nuestros pacientes para cancelar adecuadamente las citas programadas. Nevada Hand Therapy requiere un aviso de cancelación de citas de **24 horas** para así, poder ofrecer su tiempo de cita reservado a otro paciente que lo necesite. Si usted sabe que no podrá asistir a su cita programada, por favor llámenos y déjenos lo saber. Nosotros comprendemos que en ocasiones hay circunstancias inevitables que lo hacen perder su cita. Cada caso será evaluado por separado.

COMPENSACION DEL TRABAJADOR- PACIENTES

Nos reservamos el derecho de notificar a su gerente de caso y/o médico, después de TRES CITAS PERDIDAS SIN HABER SIDO CANCELADAS 24 HORAS ANTES. A la vez, es posible que también cancelemos todas sus citas futuras, hasta que usted regrese con su médico y nos presente una nueva prescripción.

PACIENTES PRIVADOS

Nos reservamos el derecho de cobrar **\$40.00** por citas perdidas si no fueron canceladas antes de las 24 horas.

Nuevamente, comprendemos que hay emergencias y circunstancias inevitables que hacen que pierda su cita sin usted poder darnos aviso de 24 horas. Evaluaremos todas las situaciones caso por caso y consideraremos exonerar los cobros si ciertos criterios son cumplidos.

Su firma abajo indica que usted ha leído una copia de nuestra política de cancelación de 24 horas.

Firma del Paciente

Fecha

EL CUESTIONARIO QUICK DASH

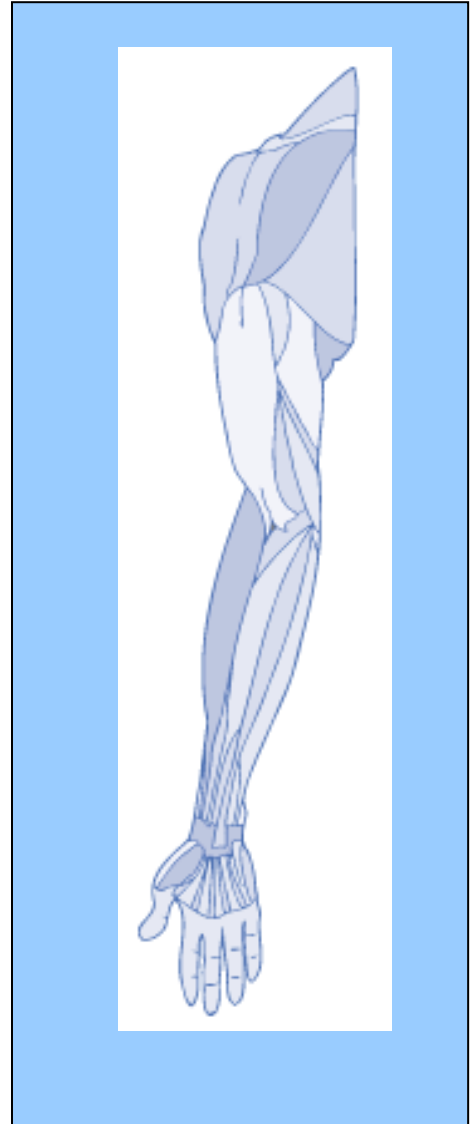
Español (Puerto Rico)

Instrucciones

Este cuestionario contiene preguntas acerca de sus síntomas y de su capacidad para llevar a cabo ciertas actividades.

Por favor, conteste todas las preguntas haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe su condición durante la última semana.

Si durante la semana pasada no pudo llevar a cabo alguna de las actividades mencionadas en el cuestionario, escoja la respuesta que mejor describa su situación si hubiese podido hacer dicha actividad.



Haga un círculo alrededor del número que mejor indica su capacidad para llevar a cabo las siguientes actividades durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapacidad
1. Abrir un pote que tenga la tapa apretada, dándole vueltas		2		4	
2. Realizar los quehaceres del hogar más fuertes (por ejemplo, lavar ventanas, mapear)		2		4	
3. Cargar una bolsa de compra o un maletín		2		4	
4. Lavarse la espalda		2		4	
5. Usar un cuchillo para cortar alimentos		2		4	
6. Realizar actividades recreativas en las que se recibe impacto en el brazo, hombro o mano (por ejemplo, batear, jugar al golf, al tenis, etc.)		2		4	

	En lo absoluto	Poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
7. ¿Hasta qué punto el problema del brazo, hombro o mano dificultó las actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos durante la semana pasada?		2		4	

	En lo absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
8. ¿Tuvo que limitar su trabajo u otras actividades diarias a causa del problema del brazo, hombro o mano durante la semana pasada?		2		4	

Por favor, evalúe la intensidad de los siguientes síntomas durante la semana pasada:	Ninguna	Poca	Moderada	Mucha	Muchísima
9. Dolor de brazo, hombro o mano		2		4	
10. Hormigueo en el brazo, hombro o mano		2		4	

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapacidad
11. ¿Cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor de brazo, hombro o mano durante la semana pasada?		2		4	

Trabajo Ocupación (Opcional)

Con las siguientes preguntas se intenta determinar las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluidos los quehaceres del hogar de ser ésta su ocupación principal).

Indique cuál es su trabajo/ocupación: _____

No trabajo. (Pase a la sección siguiente.)

Por favor, haga un círculo alrededor del número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapa- z
1. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas de su trabajo como normalmente las hace?		2		4	
2. ¿Se le hizo difícil realizar las tareas propias de su trabajo a causa del dolor de brazo, hombro o mano?		2		4	
3. ¿Se le hizo difícil hacer su trabajo tan bien como quisiera?		2		4	
4. ¿Se le hizo difícil realizar su trabajo en el tiempo en que generalmente lo hace?		2		4	

Atletas de Alto Rendimiento Musicales (Opcional)

Las siguientes preguntas se relacionan con las consecuencias del problema del brazo, hombro o mano al practicar un deporte, tocar un instrumento musical (o ambas cosas). Si practica más de un deporte o toca más de un instrumento musical (o ambas cosas), conteste tomando en consideración la actividad que sea más importante para usted.

Indique el deporte que practica o el instrumento musical que toca que sea más importante para usted:

No practico ningún deporte ni toco ningún instrumento musical. (Puede pasar por alto esta sección.)

Por favor, haga un círculo alrededor del número que mejor describe su capacidad física durante la semana pasada.

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Incapa- z
1. ¿Tuvo dificultad al utilizar la técnica habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?		2		4	
2. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical a causa del dolor de brazo, hombro o mano?		2		4	
3. ¿Tuvo dificultad para practicar su deporte o tocar su instrumento musical tan bien como quisiera?		2		4	
4. ¿Tuvo dificultad para dedicarle la cantidad de tiempo habitual para practicar su deporte o tocar su instrumento musical?		2		4	

Puntuación de discapacidad síntoma uic DASH

Para poder calcular la puntuación del DASH hay que completar al menos 10 de las 11 preguntas.

Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se halla el promedio, obteniendo así una puntuación del uno al cinco. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Puntuación de DASH de discapacidad síntoma

$$\left[\frac{\text{suma de n respuestas}}{n} \right] \times 2$$

donde n es igual al número de las respuestas completadas.

Secciones opcionales (trabajo ocupación y atletas de alto rendimiento médicos)

Para poder calcular la puntuación de cada sección opcional hay que contestar las cuatro preguntas.

Para calcular la puntuación de la sección de 4 preguntas, se sigue el procedimiento descrito anteriormente. Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se divide entre cuatro. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25.