

Knight Family Chiropractic: Historial de Caso Quiropráctica / Información del Paciente

Fecha: _____
 Nombre: _____ Seguro Social #: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Proveedor de Celular: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo electrónico: _____ Fax: _____
 Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____ Raza: ____ Estado Civil: Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Viudo/a
 Ocupación/Trabajo: _____ Nombre de la Compañía: _____
 Dirección de la compañía: _____ Teléfono: _____

Nombre de su cónyuge _____ Ocupación: _____
 Nombre de la compañía: _____
 ¿Cuántos hijos tiene? _____ Nombres y edades de los niños: _____

Nombre del pariente más cercano: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

¿Cómo fue referido(a) a nuestra oficina? _____

Médico de familia: _____

Cuando los médicos trabajan juntos lo benefician a usted. ¿Tenemos el permiso para actualizar a su médico de familia acerca de su atención en esta oficina? _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES PRESENTES:

Problema Principal: Propósito de esta cita: _____

Fecha en que los síntomas aparecieron o el accidente ocurrió: _____

Es debido a: Auto ____ Trabajo ____ Otro: _____

¿Ha tenido alguna vez los mismos síntomas o condición similar? Si No En caso afirmativo, cuando fue, y explique: _____

Días perdidos de trabajo: _____ Fecha del último examen físico: _____

Como de frecuente es la condición? Constante ____ Diariamente ____ Va y viene ____ En la noche ____

Cuanto tiempo dura? Todo el día ____ Algunas horas ____ Minutos ____

Hay otras condiciones o síntomas que pueden ser relacionados con su síntoma mayor? Si ____ No ____

Si es que sí, cuales son _____

Tiene otros problemas de salud? Si ____ No ____ Si es que sí, cuales son _____

Describe el dolor: Concentrado ____ Leve ____ Endormecido ____ Sentido de hormigar ____ Ardiente ____ Filoso
 Otro: _____

Hay algo que usted hace para aliviar el dolor? Sí ____ No ____ Si es que sí, describa _____

Si no, que ha intentado que no funcione _____

Que hace el dolor peor? Estar parado ____ Sentado ____ Acostado ____ Agachado ____ Levantar cosas ____ Doblarse
 Otro: _____

Solamente Mujeres: Esta embarazada o hay la posibilidad de que este embarazada? Si ____ No ____ No estoy segura Ultimo día de su regla menstrual _____

HISTORIAL MEDICO DEL PASADO: Alguna vez a sido diagnosticado/a o sufrido de: (Marque las condiciones que apliquen a usted)

<input type="checkbox"/> Fracturas o quebraduras de hueso	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Desorden de Alimento	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Toser Sangre
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Adición a las drogas	<input type="checkbox"/> Presion Alta
<input type="checkbox"/> Embolios/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Trazos	<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Presion Baja
<input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Vesicula	<input type="checkbox"/> Sangrado
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Excesso
<input type="checkbox"/> Enfermedades de Riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/> Rupturas
<input type="checkbox"/> Enfermedades de Pulmones	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon	

¿Tiene historial de trazo o hipertensión? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, lesiones, caídas, accidentes automovilísticos o cirugías? Mujeres, por favor incluyan información acerca del parto (incluyen fechas): _____

¿Ha sido tratado(a) de cualquier condición de salud por un médico en el último año? Sí No

Sí es que sí, explique: _____

¿Qué medicamentos o drogas está tomando? _____

¿Tiene algún tipo de alergia a algún medicamento, producto nutricional, o comida? Sí No

Sí es que sí, explique: _____

¿Tiene alergia de cualquier tipo? Sí No

Sí es que sí, explique: _____

Por favor infórmenos de otros problemas de salud que tenga, sin importar el significado: _____

HISTORIAL SOCIAL:

Toma bebidas alcoholicas? Si es que si, cuantas por semana? _____

Usa productos de tabaco? Fuma? Si es que si, cuantos paquetes por dia? _____

Toma vitaminas? Si es que si, por favor informenos de cuales: _____

Consume cafeina? Si es que si, cuanto por dia? _____

Hace ejercicio? Si es que si, cual es la frecuencia y que tipo de ejercicio? _____

Cuales son sus actividades? _____

Que porcentaje del día (en casa o en su trabajo) se la pasa:

levantando cosas _____ sentado/a _____ agachado _____ trabajando en computadora _____

HISTORIAL FAMILIAR:

Padres: Papa: vivo fallecido Edad actual si vive _____ Causa de muerte si es fallecido: _____

Madre: viva fallecida Edad actual si vive _____ Causa de muerte si es fallecido: _____

Marque si aplica a usted: Por ser adoptado, hay poca informacion de mis papas biologicos o familia.

Tiene miembros de familia que sufren de la misma condicion que usted? Si es que si, por favor haga una lista de ellos: _____

ENFERMEADES FAMILIARES: (Marque si le aplica y si el miembro familiar es su Papa, Mama, Hermana, o Hermano)

<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazon
<input type="checkbox"/> Trazos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Pulmon
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Otros comentarios: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Responsable Autorizando Tratamiento: _____ Fecha: _____

Knigh Family Chiropractic

POLIZA FINANCIERA

Nuestras recomendaciones se basan en el deseo de que se mejore y se mantenga bien de salud. La atención quiropráctica está cubierta por muchos planes de seguro. La mayoría de nuestros pacientes que tienen seguro de salud o accidentes estarán bajo de uno de los planes discutidos en esta póliza. Independientemente de su cobertura, le sugerimos la atención quiropráctica que creemos que necesita. Le pedimos que lea y comprenda nuestra política tal como se aplica a su situación particular.

PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO:

Solicitamos que el 100% de la primer visita se pague al momento de la visita. En otras visitas, el pago puede realizarse al final de la semana si firma un formulario de garantía de crédito. Aceptamos con gusto su cheque, Master Card, Visa, Discover y American Express.

SEGURO MEDICO DE GRUPO O INDIVIDUAL:

Su seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, no entre su compañía de seguros y nuestra oficina. No podemos estar seguros si su seguro cubre la Quiropráctica, aunque la mayoría de las pólizas brinden cobertura. El monto que pagan varía de una póliza a otra. Cuando sea posible, llamaremos para verificar los beneficios en su seguro; sin embargo, los beneficios que nos ofrece su compañía de seguros no son una garantía de pago. Como cortesía para usted, nuestra oficina completará todos los formularios de seguro necesarios sin cargo adicional y los presentará ante su compañía de seguros para ayudarlo a cobrar. Debe entender y acordarse que cualquier servicio prestado se le cobrara a usted directamente y usted es personalmente responsable del pago de los servicios, deducibles o copagos no cubiertos. También puede pagar el monto total adeudado cada día y, por lo tanto, calificar para nuestra reducción en el tiempo de servicio de las tarifas. A continuación, puede enviar la factura a su compañía de seguros para recibir un reembolso.

LESIÓN PERSONAL O ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO:

Presente su tarjeta de seguro de automóvil, su tarjeta de seguro de salud y díganos si ha contratado a un abogado. Hay cuatro opciones disponibles para el paciente PI:

1. Pague en efectivo por su atención y enviaremos informes cuando sea necesario.
2. Facturaremos (aceptaremos la asignación) la porción de Med Pay / Protección contra lesiones personales de su seguro de auto.
3. Aceptaremos una Carta de Protección de un abogado aprobado y esperaremos el pago en el momento del acuerdo, siempre y cuando siga siendo un paciente activo.
4. Facturaremos su plan de seguro de salud y usted será responsable de todos los copagos y deducibles a medida que se incurran.

Aunque usted es el responsable final de su factura, esperaremos a que se resuelva su caso hasta seis meses después de que se complete su tratamiento. Una vez que se resuelva el reclamo o si suspende o finaliza la atención, cualquier cobro por los servicios brindados se pagaría inmediatamente.

MEDICARE:

Aceptamos la asignación de Medicare. Por lo general, el cheque se envía directamente a nuestra oficina en pago de los servicios que cubrirá Medicare, que para quiroprácticos es ÚNICAMENTE manipulación manual del lomo. Medicare paga el 80% de la tarifa permitida una vez que se ha alcanzado el deducible. Debe pagar el deducible y el 20% restante. Todos los demás servicios que brindamos NO ESTÁN CUBIERTOS. Estos servicios incluyen, pero no están limitados a, radiografías, exámenes, terapias, aparatos ortopédicos, soportes y / o suplementos nutricionales. Los pacientes de Medicare son totalmente responsables de los cargos por servicios no cubiertos. El seguro secundario puede o no pagar por estos servicios no cubiertos. Nuestra oficina completa y archiva los formularios de Medicare sin costo.

SEGURO MEDICO SECUNDARIO:

Por favor infórmenos de cualquier seguro medico secundario que tenga. Le ayudaremos con las reclamaciones si lo necesita.

PLANES DE CUIDADO SUPERVISADO:

Somos proveedores preferidos para la mayoría de las compañías de seguros. Algunos planes requieren que pague un copago en el momento del servicio. Otros planes pueden tener un deducible que se debe cumplir primero. Después de que se pague el deducible, usted y su compañía de seguros compartirán un porcentaje del costo que varía de un plan a otro. También puede ser necesario una referencia de su médico de atención primaria. Los beneficios fuera de la red de su seguro generalmente están disponibles si no se obtiene una referencia.

por favor vea más abajo para un resumen de sus beneficios personales que nos citó su compañía de seguro.

PLANES FLEXIBLES / CUENTAS DE AHORRO MÉDICO

Infórmenos si tiene una cuenta de ahorros médicos, a veces conocido como un "plan flexible". Estaremos encantados de proporcionarle una declaración de sus cargos para el reembolso.

GARANTÍA DE TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO ELECTRÓNICO

TODOS los pacientes con TODOS los tipos de casos (Pacientes sin seguro, Seguro colectivo o individual, Lesiones personales y Medicare) deben tener una Garantía de Tarjeta de Crédito y / o una Autorización de Débito Electrónico en su archivo.

OPCIONES DE FINANCIAMIENTO

Nuestra clínica trabaja arduamente para brindarle atención económica que se le haya recomendado por el doctor o doctora. Ofrecemos las siguientes opciones de financiamiento:

Care Credit
HealthCare Payment Solutions

FORMULARIOS DE SEGURO / PAGO

Si recibe cualquier correspondencia de su compañía de seguros relacionada con la atención que recibió en esta oficina o una solicitud de más información sobre su atención, tráigala lo antes posible. Es muy importante que mantengamos su archivo lo más actualizado posible. Ocasionalmente, ya sea por error o debido a las disposiciones de su póliza, el cheque emitido por la compañía de seguros para el pago de los servicios prestados en nuestra oficina puede acudir a usted en lugar de a nuestra oficina. Si recibe un cheque inesperado por correo, contáctenos para ver si representa el pago de su factura aquí.

He leído y entiendo la política de pago de Knight Family Chiropractic. Entiendo que mi seguro es un acuerdo entre mí y mi compañía de seguros, y NO entre Knight Family Chiropractic y mi compañía de seguros. Solicito que Knight Family Chiropractic prepare los formularios habituales sin cargo para que pueda obtener los beneficios del seguro. También entiendo que si mi seguro no responde dentro de los 60 días o si suspende o cancelo mi horario de atención según lo prescrito por los médicos de Knight Family Chiropractic, los honorarios serán pagados inmediatamente.

Firma del paciente (o tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Testigo

INSTRUCCIONES ESPECIALES DE PAGO

Nombre del paciente: _____

Hemos verificado sus beneficios y, aunque su compañía de seguros no garantizó el pago, ellos declararon que tiene un deducible de \$ _____, \$ _____ se ha cumplido. Además, su seguro pagará _____% de los cargos cubiertos, dejando _____% de cada visita que usted deba.

Hemos verificado sus beneficios y, aunque su compañía de seguros no garantizó el pago, ellos declararon que tiene un deducible de \$ _____, \$ _____ se ha cumplido. Además, su seguro pagará el _____% de los cargos cubiertos, dejando \$ _____ copago de cada visita que usted deba.

**ASIGNACIÓN E INSTRUCCIÓN PARA EL PAGO DIRECTO AL MÉDICO
ACCIDENTE PRIVADO/GRUPAL Y SEGURO MÉDICO**

Paciente: _____

**Asegurado
SS#/ID#** _____

Reclamo/Grupo#: _____

Por la presente, ordeno y dirijo el pago de todos los beneficios de gastos médicos o profesionales permitidos y de otra manera pagaderos a mí debajo mi póliza de seguro actual a:

Knight Family Chiropractic

como pago por servicios profesionales prestados. **ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA.** Este pago no excederá mi deuda con el cesionario antes mencionado, a cual acepté pagar, de manera corriente, cualquier saldo de dichos cargos de servicio profesional además del pago de este seguro.

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, entonces por este medio también le ordeno y le ordeno que me haga el cheque y lo envíe por correo de la siguiente manera:

Ryan L. Knight, D.C.
Knight Family Chiropractic

Una fotocopia de esta Asignación se considerará tan efectiva y válida como el original.

También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

Fechado en _____ este día de _____ del año _____

Testigo

Asegurado

KNIGHT FAMILY CHIROPRACTIC

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

**AL PACIENTE: POR FAVOR, LEA ESTE DOCUMENTO COMPLETO ANTES DE FIRMARLO.
ES IMPORTANTE QUE USTED ENTIENDA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.
HAGA PREGUNTAS ANTES DE FIRMAR SI HAY ALGO QUE NO ESTA CLARO.**

La Naturaleza del Ajuste Quiropráctico

El tratamiento primario utilizado por Doctors of Chiropractic es la terapia de manipulación espinal. Usaré ese procedimiento cuando te trate. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera que pueda mover sus articulaciones. Eso puede causar un "chasquido" audible o un "clic", tal como lo ha experimentado con usted "agrieta" sus nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis / Examen / Tratamiento

Como parte del análisis, examen y terapia, usted está dando su consentimiento a los siguientes procedimientos:

Terapia de manipulación espinal	Palpación	Signos vitales
Prueba de rango de movimiento	Pruebas ortopédicas	Pruebas neurológicas básicas
Prueba de fuerza muscular	Prueba de análisis postural	Terapia caliente / fría
Estudios radiográficos	Otro:	

Los riesgos materiales inherentes a un ajuste quiropráctico

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, pero no se limitan a: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, tensión muscular, mielopatía cervical, cepas y separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que provocan o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contraindicaciones para el cuidado; sin embargo, si siente que tiene una condición que de otra manera no llamaría la atención del médico, es su responsabilidad informar al médico.

La probabilidad de que esos riesgos ocurran

Las fracturas son casos raros y, por lo general, son el resultado de una debilidad subyacente del hueso que verificamos durante la toma de su historial y durante el examen y la radiografía. La disección del accidente cerebrovascular y / o arterial causada por la manipulación quiropráctica del cuello ha sido objeto de constante investigación médica y debate. El tema de investigación más actual no es concluyente en cuanto a un incidente específico de esta complicación. Si existe una relación casual, es extremadamente raro y remoto. Desafortunadamente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que están en riesgo de accidente cerebrovascular arterial.

La disponibilidad y la naturaleza de otras opciones de tratamiento

Otras opciones de tratamiento para su condición pueden incluir:

- Analgésicos y analgésicos autoadministrados, de venta libre
- Atención médica y medicamentos recetados, como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Hospitalización

- Cirugía

Si elige utilizar una de las opciones de "otro tratamiento" mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlas con su médico de atención primaria.

Los riesgos y peligros asociados a la falta de tratamiento

Permanecer sin tratar puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad, lo que puede provocar una reacción dolorosa que reduce aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento haciéndolo más difícil y menos efectivo cuanto más tiempo se pospone.

Consentimiento para el tratamiento de menores

Por la presente solicito y autorizo a Knight Family Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y realizar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a mi: _____

(indicar la relación con el niño)

Esta autorización también se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal de la oficina y está destinada a incluir un examen radiográfico a criterio del médico.

Esta autorización también se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal de la oficina y está destinada a incluir un examen radiográfico a criterio del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / ex cónyuge u otro guardián. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención debe ser revocada o modificada de todos modos, notificaré de inmediato a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ARRIBA.

POR FAVOR, COMPRUEBE EL BLOQUE APROPIADO Y FIRME A CONTINUACIÓN

He leído [] o me han leído [] la explicación anterior del ajuste quiropráctico y tratamiento relacionado. Lo he discutido con Knight Family Chiropractic y me respondieron mis preguntas a mi entera satisfacción. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos que conlleva someterme al tratamiento y he decidido que me conviene someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para ese tratamiento.

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Firma del padre o tutor (si es menor de edad)

Firma del Medico

Fecha

Knighr Family Chiropractic | Formulario del Comunicado de Información Médica(HIPAA)

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El Comunicado de Información

Seleccione Uno:

La información no será comunicada a nadie.

Autorizo la comunicación de información que incluye el diagnóstico y los registros; examen realizado y información de reclamos. Esta información puede ser comunicada a:

Esposa/o _____

Hijos/as _____

Otra persona _____

Este comunicado de información permanecerá en efecto hasta que lo termine por escrito.

Mensajes

Por favor llame mi casa mi trabajo mi teléfono móvil

Si no se puede comunicar conmigo:

puede dejar un mensaje detallado

por favor déjeme un mensaje para regresar su llamada

He leído y entiendo cómo se usará mi Información de salud y estoy de acuerdo con estas pólizas y procedimientos establecidos en Knight Family Chiropractic.

Firma de Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

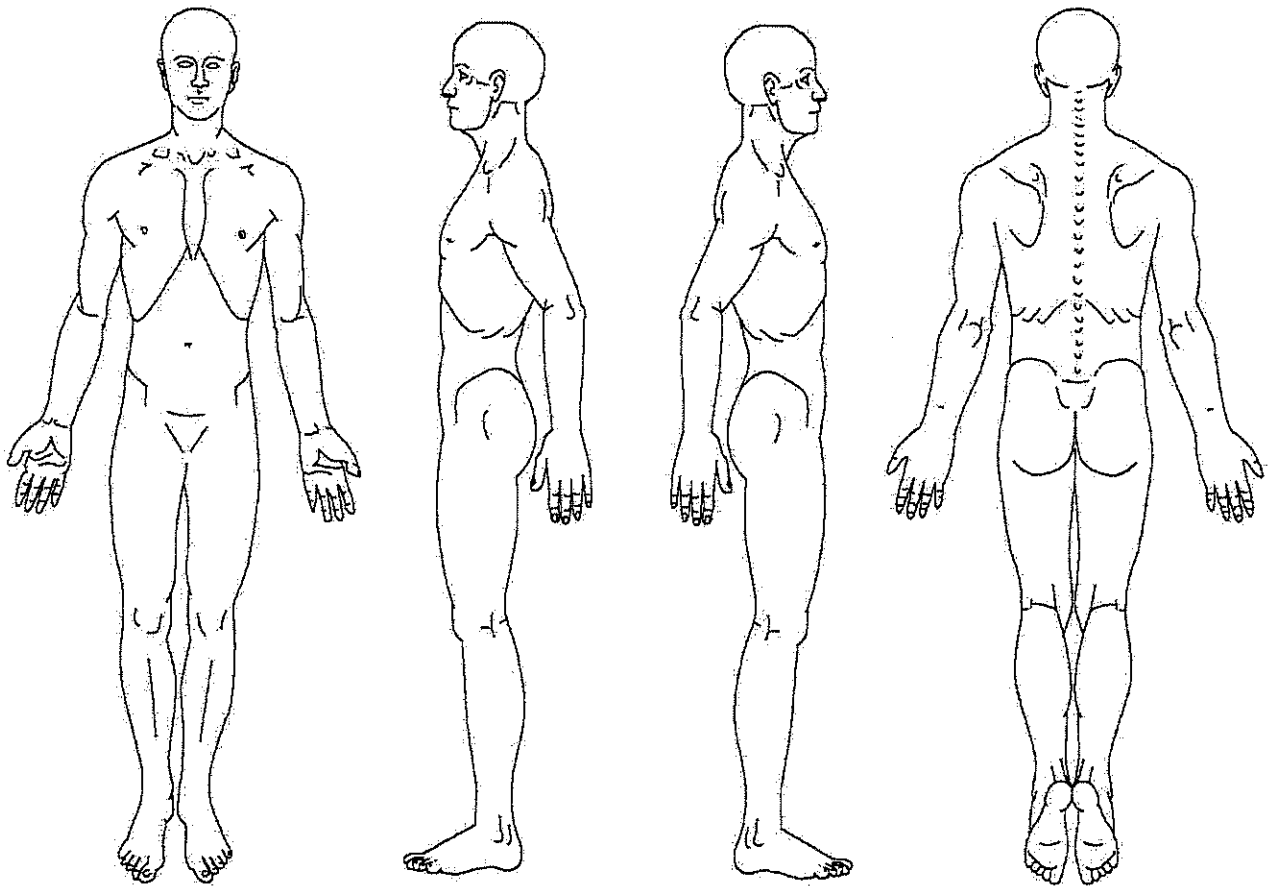
RYAN L. KNIGHT, DC, CCSP
KNIGHT FAMILY CHIROPRACTIC
 3230 Eisenhower Parkway Sur □ Denison, TX 75020 □ (903) 465-1881

DIBUJO DEL DOLOR

Nombre _____ Fecha _____

*Usando los siguientes simbolos descriptivos, dibuje la ubicación de su dolor en el cuerpo a continuación.
 Además, marque el nivel de su dolor en la línea de dolor en la parte baja de la página.*

DOLOR	QUEMADURA	ENTUMECIMIENTO	AGUJAS	DOLOR CONCENTRADO	OTRA SENSACION
□□□□	====	OOOO	////////	XXX



Nada de Dolor 1 _____ 10

Peor
Dolor
Posible

Por favor, haga un corte a través de esta línea para indicar el nivel de su dolor.

Firma del paciente

Nombre del paciente:

Fecha:

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD CERVICAL (REVISADO OSWESTRY)

Este cuestionario ha sido diseñado para darle al médico información en cuanto a cómo su dolor de espalda ha afectado su capacidad para poder manejar la vida diaria. Por favor conteste cada sección y marque en cada sección sólo una frase que le corresponda. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones contenidas en cualquiera de las secciones se pueden referir a usted, pero sólo marque el que mejor describa su problema.

<p>SECCIÓN 1 - Intensidad del Dolor A No tengo ningún dolor en el momento. B El dolor es muy leve en el momento. C El dolor es moderado por el momento. D El dolor es severo en el momento. E El dolor es muy severo en el momento. F El dolor es el peor imaginable en este momento.</p>	<p>SECCIÓN 6 - Concentración A Me puedo concentrar por completo cuando quiero sin dificultad. B Me puedo concentrar por completo cuando quiero con ligera dificultad. C Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme D Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero. E Tengo bastante cantidad de dificultad para concentrarme F No puedo concentrarme en lo absoluto.</p>
<p>SECCIÓN 2-Cuidado Personal (banarse, vestirse, etc.) A Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar dolor adicional. B Puedo cuidar de mí mismo con normalidad, pero causa dolor adicional. C Es doloroso para cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso. D Necesito un poco de ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal. E Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado de uno mismo. F No me cuido de mí mismo y me quedo en la cama.</p>	<p>SECCIÓN 7 - Trabajo A Puedo hacer tanto trabajo como quiero. B Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más. C Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más. D No puedo hacer mi trabajo habitual. E Casi no puede hacer ningún trabajo en absoluto. F No puedo hacer ningún trabajo en absoluto.</p>
<p>SECCIÓN 3 - Levantamiento A Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional. B Puedo levantar objetos pesados, pero aumenta el dolor. C El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero si puedo si son colocados convenientemente, por ejemplo, sobre una mesa. D El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo con ligeros o medianos si son colocados convenientemente. E Puedo levantar cosas muy ligeras. F No puedo levantar o llevar nada en absoluto.</p>	<p>SECCIÓN 8 - Conducir A Puedo conducir mi coche sin ningún tipo de dolor de cuello. B Puedo conducir mi coche, siempre y cuando lo desee con un ligero dolor en el cuello. C Puedo conducir mi coche, siempre y cuando lo desee con dolor moderado en mi cuello. D Puedo conducir mi coche, siempre y cuando quiero debido a dolor moderado en mi cuello. E Casi no puedo conducir debido a un fuerte dolor en el cuello. F No puedo conducir mi coche en absoluto.</p>
<p>SECCIÓN 4 - Leer A Puedo leer tanto como quiero con dolor en el cuello. B Puedo leer tanto como quiero con dolor leve en el cuello. C Puedo leer tanto como quiero con dolor moderado en mi cuello. D No puedo leer tanto como quiero debido a dolor moderado en mi cuello. E No puedo leer tanto como quiero debido a dolor severo en el cuello. F No puedo leer en absoluto.</p>	<p>SECCIÓN 9 - Dormir A No tengo ningún problema para dormir. B Mi sueño es perturbado ligeramente (sin dormir menos de 1 hora). C Mi sueño es perturbado ligeramente (1-2 horas sin dormir). D Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 horas sin dormir). E Mi sueño es perturbado en gran medida (3-5 horas sin dormir). F Mi sueño es perturbado por completo (5-7 horas)</p>
<p>SECCIÓN 5 - Dolores de cabeza A No tengo dolores de cabeza en absoluto. B Tengo dolores de cabeza leves que vienen con poca frecuencia. C Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia. D Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia. E Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia. F Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.</p>	<p>SECCIÓN 10 - Recreación A Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello en absoluto. B Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas con un poco de dolor en mi cuello. C Soy capaz de participar en la mayoría, pero no todos mis actividades recreativas debido al dolor en el cuello. D Soy capaz de participar en algunas de mis actividades recreativas debido al dolor en el cuello. E Difícilmente puedo realizar actividades recreativas debido al dolor en el cuello. F No puedo hacer ningunas actividades recreativas en absoluto.</p>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dolor Extremo

Cuestionario de discapacidad cervical

Dolor Escala de Gravedad: Indique la gravedad de su dolor marcando una línea en la escala anterior

Knight Family Chiropractic

Nombre del paciente:

Fecha:

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DE ESPALDA BAJA (REVISADO OSWESTRY)

<p>SECCIÓN 1 - Intensidad del Dolor</p> <p>A El dolor va y viene y es muy suave. B El dolor es leve y no varía mucho. C El dolor va y viene y es moderado. D El dolor es moderado y no varía mucho. E El dolor va y viene y es grave. F El dolor es severo y no varía mucho.</p>	<p>SECCIÓN 6 - Standing</p> <p>A Puedo permanecer todo el tiempo que quiera sin dolor. B Tengo algo de dolor mientras estoy de pie, pero no aumenta con el tiempo. C No puedo soportar por más de una hora sin aumentar el dolor. D No puede soportar durante más de media hora sin que aumente el dolor. E No puede soportar por más del diez por minuto sin que el dolor aumente. F Evito estar de pie, ya que aumenta el dolor de inmediato.</p>
<p>SECCIÓN 2 - Cuidado Personal (banarse, vestirse, etc)</p> <p>A No tengo que cambiar mi cuidado personal con el fin de evitar el dolor. B Normalmente no cambio mi forma de cuidado a pesar de que causa un poco de dolor. C Causa dolor el cuidado y me la llevo despacio y con cuidado D Necesito ayuda, pero yo manejo la mayoría de mi cuidado E Necesito ayuda diariamente en la mayoría de mi cuidado F Debido al dolor, no soy capaz de hacer mi cuidado</p>	<p>SECCIÓN 7 - Dormir</p> <p>A No tengo dificultad para dormir B Es un poco difícil dormir (1 hora sin dormir) C Es difícil dormir (1-2 horas sin dormir) D Es muy difícil dormir (2-3 horas sin dormir) E Es bastante difícil dormir (3-5 horas sin dormir) F El dolor me impide dormir en absoluto. (5-7 horas sin dormir)</p>
<p>SECCIÓN 3 - Levantamiento</p> <p>A Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional. B Puedo levantar objetos pesados, pero causa dolor adicional. C El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo. D El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero puedo si son colocados convenientemente, por ejemplo, en una mesa. E El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo ligeros o medianos si son colocados convenientemente. F Sólo puedo levantar cosas muy ligeras, por mucho.</p>	<p>SECCIÓN 8 - Vida Social</p> <p>A Mi vida social es normal y no me causa dolor. B Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de mi dolor. C El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social además de limitar mis intereses más enérgicos, Mi ejemplo, el baile, etc. D El dolor ha limitado mi vida social y no salgo muy a menudo. E El dolor ha limitado mi vida social a mi casa. F No tengo casi ninguna vida social debido al dolor.</p>
<p>SECCIÓN 4 - Caminar</p> <p>A Un dolor no me impide caminar cualquier distancia. B El dolor me impide caminar más de una milla. C El dolor me impide caminar más de media milla. D El dolor me impide caminar más de 1/4 de milla. E Sólo puedo caminar durante el uso de un bastón o muletas. F Estoy en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme hasta el inodoro.</p>	<p>SECCIÓN 9 - Viajar</p> <p>A No tengo dolor durante el viaje. B Tengo algo de dolor durante el viaje, pero ninguna de mis formas habituales de los viajes por ello es peor. C Produzco un dolor adicional durante el viaje, pero no me obligan a buscar formas alternativas de viaje. D Obtengo dolor adicional durante el viaje, que me obliga a buscar formas alternativas de viaje. E El dolor evita todas las formas de viaje. F El dolor impide que todas las formas de viaje excepto que hacer acostado.</p>
<p>SECCIÓN 5 - Sentarse</p> <p>A Puedo sentarme en cualquier silla por el tiempo que quiera sin dolor. B Solo puedo sentarme en mi sillón favorito, siempre y cuando me gusta. C El dolor me impide estar sentado más de una hora. D El dolor me impide estar sentado más de media hora. E El dolor me impide estar sentado más de diez minutos. F El dolor me impide estar sentado en absoluto.</p>	<p>SECCIÓN 10 - Cambio grado de dolor</p> <p>A Mi dolor es cada vez mejor con rapidez. B Mi dolor fluctúa, pero en general es, sin duda cada vez mejor. C Mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta en la actualidad. D Mi dolor no es ni mejor ni peor cada vez. E Mi dolor está empeorando gradualmente. F Mi dolor está empeorando rápidamente.</p>

Este cuestionario ha sido diseñado para dar al médico información en cuanto a cómo su dolor de espalda ha afectado su capacidad para poder manejar la vida diaria. Por favor, conteste cada sección y marque en cada sección sólo una frase que le corresponda. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones contenidas en cualquiera de las secciones se refieren a usted, pero sólo marque el que mejor describa su problema.

Cuestionario de Discapacidad de Espalda

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dolor extremo

Dolor Escala de Gravedad: Valore la gravedad de su dolor marcando una línea en la escala anterior