

**¡BIENVENIDO A NUESTRA CLINICA!**

Fecha de hoy:		<u>Día y hora de lesión:</u>	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE (TRABAJO)</b>			
Nombre Completo del Paciente:			
Estado Marital <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Si es menor de edad, nombre del padre(s):	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre anterior (si aplica):
Dirección:		Número celular: (      )	
		Número de teléfono: (      )	
Correo electrónico:		Número de seguro social:	
Ocupación:		Empleador:	
		Teléfono del empleador: (      )	
Abogado:		Número de teléfono: (      )	
<b>INFORMACION DE SEGURO DE TRABAJO</b>			
Compañía de seguro:		Compañía de seguro:	
Número de reclamo:		Dirección de seguro:	
Número de póliza:			
¿Es una póliza de Oregón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿de cuál estado?:		Dirección de empleador:	
Testigos:		¿Se ha notificado su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Correo electrónico:	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre de familia/amigo local (que no vive en la misma casa):			
Relación al paciente:		Número de teléfono de emergencia: (      )	
La información arriba es verdad, a mi mejor conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Yo entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo. Yo también autorizo que Corazón Chiropractic o la compañía de seguro de cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.			
<u>Firma de paciente/guardián:</u>			<u>Fecha:</u>

## La Asignación de Beneficios

1. Yo, el abajo firmante, denominado como el “el paciente”, por este medio asigno todos mis derechos y los intereses a Corazón Chiropractic Clinic, LLC, a partir de hoy los asigno como, el “proveedor de servicios médicos,” a perseguir y obtener el pago de la compañía de seguros antes mencionado. Esta asignación deberá incluir, pero no se limita a, todos los derechos disponibles para mí de conformidad con los Estatutos de protección contra lesiones personales del estado de Oregon.
2. Yo, el paciente, de manera irrevocable asigno al proveedor médico todos mis derechos y beneficios bajo el contrato de seguro para el pago por los servicios prestados.
3. Yo, el paciente, por la presente autorizo a mi abogado de los daños corporales y / o compañía de seguros a pagar directamente al proveedor de servicios médicos a pagos pendientes en mi cuenta, o el mismo que se deducirá de cualquier acuerdo hecho en mi nombre.
4. No hay período de gracia. Incumplimiento de los Términos y Condiciones de pago de este Acuerdo, el firmante se compromete a pagar una cuota de recuperación del 30% contra el saldo pendiente en el momento de la cesión a la agencia y todos los honorarios razonables de abogados y otros gastos legales incurridos en el cobro de esta cuenta. El lugar de toda la acción será el Condado de Washington.
5. Si yo, el paciente falta más de una semana de cuidados sin notificar a la clínica sin una razón - emergencia familiar, vacaciones, etc - la clínica se verá obligado a cerrar mi caso.
6. Si yo, el paciente, no informo a la clínica que va a faltar a su visita, tres o más veces durante el tratamiento la clínica se verán obligados a cerrar mi caso. Si yo, el paciente, menos mi visita programada, voy a llamar a la clínica al final del día para reprogramar y para evitar pena. Tengo entendido que hay una multa de **\$ 50 para** perder una visita y no informar a la clínica dentro de las **24 horas** de la hora programada.
7. Yo, el paciente, por la presente reconozco que no voy a presentar una demanda o solicitar un arbitraje para el pago de facturas médicas del proveedor anterior. Entiendo que el proveedor médico anterior tiene una agencia de cobros y recaudará pago en mi nombre de la compañía de seguros.
8. En el caso de que la compañía de seguros o el proveedor designado por la compañía de seguros no acepte mis beneficios o que mis beneficios sean puestos en duda por ser inválidos. Yo ejecuto este poder de ley limitado / especial y designo y autorizo al proveedor médico y dar asesoría en el nombre del proveedor de servicios médicos de presentar una demanda de arbitraje o perseguir directamente contra la compañía en mi nombre o permitir que el proveedor de servicios médicos para enmendar la demanda o arbitraje para incluir mi nombre.
9. Además, en respuesta a cualquier solicitud razonable de la cooperación, Estoy de acuerdo a cooperar con el proveedor de servicios médicos y de su agencia de cobros en cualquier intento por el doctor y abogado para presentar tales reclamos, o para elegir la inacción, en contra de la compañía de seguros de protección de lesiones personales del paciente en nombre del paciente.

Firma del paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del paciente)

Firma del guardián (cuando aplica): X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del guardián)

Si aplica:

Nombre: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del testigo/traductor) (Firma del testigo/traductor)

### Consentimiento Informado para Tratamiento Quiropráctico

*Favor de leer esta forma de consentimiento, y si gusta puede discutirlo con el doctor, y firmarlo al final donde se indica.*

Se requiere a médicos que usan técnicas de terapias manuales para la columna, como ajustes, manipulaciones o movilización de articulaciones, que informen a sus pacientes que son o pueden ser algunos riesgos asociados con este tipo de tratamiento. En particular:

- a) Es raro que algunos pacientes experimenten un esguince o torcedura de musculo y ligamento, o fracturas de costillas a causa de la terapia manual en la columna.
- b) Se han reportado casos de lesión a arterias vertebrales siguiendo un ajuste, manipulación o movilización del cuello. Lesiones así pueden, en una ocasión rara, causar derrame cerebral, que puede resultar en lesiones neurológicas serios y/o discapacidad física. Esta forma de complicación es un evento muy raro, que ocurre como 1 vez en 1 millón.
- c) Se han reportado casos de lesiones de disco siguiendo una terapia manual de la columna, aunque ningún estudio científico ha demostrado que lesiones así son causado o pueden ser causado por un ajuste o técnica manipulativa, y este tipo de caso es muy raro.

Los tratamientos que esta clínica provee, incluso ajustes, manipulación y/o movilización de la columna, han sido el sujeto de mucha investigación conducida sobre muchos años, y se han demostrado ser tratamientos apropiados y efectivos para muchas formas comunes de dolor de la columna, de los hombros/brazos/piernas/dolores de cabeza y otros síntomas similares. Los tratamientos que esta clínica provee también pueden contribuir a su bienestar en general. El riesgo de lesión o complicación de un tratamiento manual es considerablemente menos que el riesgo asociado con muchos medicamentos, otros tratamientos y procedimientos usados frecuentemente como tratamientos alternativos para la misma forma de dolor musculoesqueleto y otros síndromes asociados.

Su médico evaluará su caso singular, provenir una explicación del cuidado y sugerir un plan de tratamiento, o, alternativamente, una referencia para una consulta y/o más evaluaciones si es necesario.

**Reconocimiento:** Yo reconozco que he discutido, o he tenido la oportunidad de discutir, con mi médico la descripción de tratamientos quiroprácticos en general y mi tratamiento en particular, juntos con el contenido de esta forma de consentimiento.

**Consentimiento:** Yo consiento los tratamientos quiroprácticos ofrecidos o recomendados para mí, por mi médico, e incluso el ajuste, la manipulación o movilización de las articulaciones de la columna (el cuello y la espalda), la pelvis y las extremidades (brazos y piernas). Quiero que este consentimiento aplique a todos mis tratamientos en esta clínica del presente y del futuro.

**Firma del Paciente:** X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del **paciente**)

**Firma del Guardián** (cuando aplica): X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del **guardián**)

**Si aplica:**

**Firma del Testigo/Traductor:** X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Favor de poner el nombre del **testigo/traductor**)

Medical Records Request Form

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

I hereby authorize: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

To release copies of:

- All Medical Records, to include chart notes, examinations, imaging and reports
- Medical Records to include everything EXCEPT imaging materials
- Other \_\_\_\_\_

Release medical records by mail or fax (preferred) to:

**Corazon Chiropractic Clinic, LLC**  
**2251 SE Tualatin Valley Highway**  
**Hillsboro, OR 97123**  
**Ph: 503-648-4357**  
**Fax: 503-648-4358**

Purpose or need for information: To continue medical care/ treatment.

I place no limitation on history of illness or diagnostic and therapeutic information, including any treatment for alcohol, drug abuse, psychiatric disorders, or HIV infection.

This authorization can be revoked, but not retroactive to the release of information made in good faith.

Please contact this clinic with any questions or comments.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

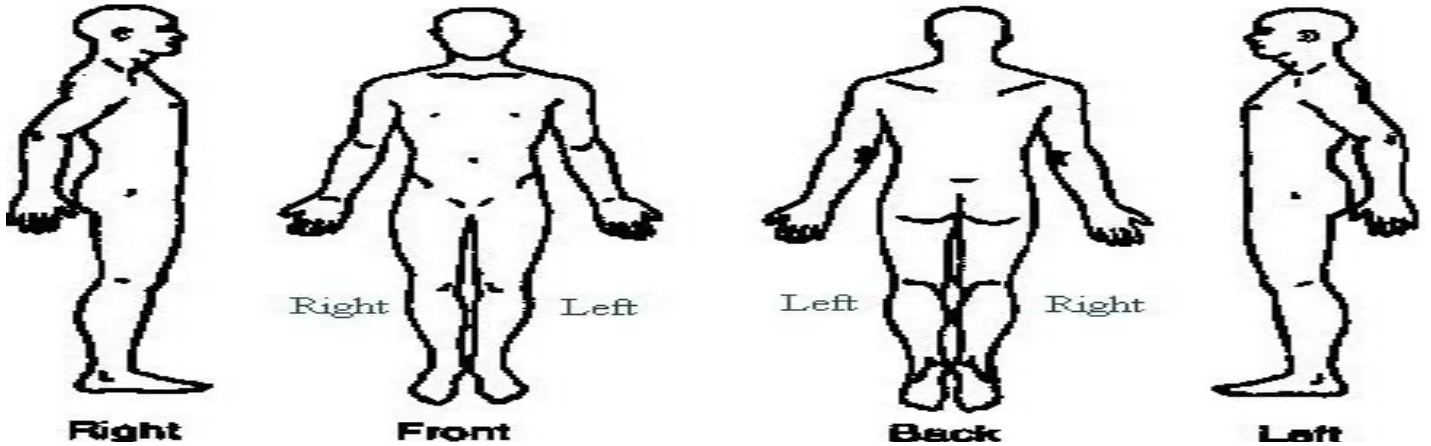
Witness: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Lesión de Trabajo



<b><u>Información General</u></b>		
Nombre de paciente:		Fecha de nacimiento:
Día y hora de lesión:		
Locación exacta de accidente:		
Favor de describir el evento con detalles:		
¿Le dijo a su supervisor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hizo un reporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si comentó su empleador, favor de poner lo que dijo aquí:		
¿Qué hizo Usted inmediatamente después del accidente: (¿se puso hielo, fue a casa, continuó trabajar, por cuantas horas y haciendo qué, etc...?)		
El incidente ocurrió durante: <input type="checkbox"/> Deberes usuales/normales <input type="checkbox"/> Deberes inusuales		
¿Se desmayó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por cuánto tiempo:		
Describe el daño a su propiedad o la de su empleador:		
¿Llamó una ambulancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Fue al hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuáles exámenes hicieron?		
¿Qué fue el diagnóstico?		
¿Qué le dieron, si algo?		
¿Respondió la policía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hicieron un reporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Emitieron una citación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
<b><u>Síntomas Desde el Incidente</u></b>		
¿Para cuándo empezó sentir los síntomas?		
¿Qué se sintió?		
Marque cada síntoma que ha sentido desde el incidente: <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Entumidas <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Marea <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomitar <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Cortes <input type="checkbox"/> Cambios de vejiga o intestino <input type="checkbox"/> Problemas dormir <input type="checkbox"/> Cambios en la visión <input type="checkbox"/> Cambios de oír <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otro - Describe:		

Use este diagrama para marcar sus síntomas actuales:      Símbolos = Dolor (círculo) Espasmo (S) Entumidas (N) Quemado (B) Hormigas (T) Edema (E)



**Primer área de queja:** Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?      ¿Qué le hace sentir mejor?

¿En cuál porcentaje de sus horas despiertas se siente los síntomas (0-100%)?      Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

**Segunda área de queja:** Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?      ¿Qué le hace sentir mejor?

¿En cuál porcentaje de sus horas despiertas se siente los síntomas (0-100%)?      Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

**Tercer área de queja:** Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?      ¿Qué le hace sentir mejor?

¿En cuál porcentaje de sus horas despiertas se siente los síntomas (0-100%)?      Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

**Cuarta área de queja:** Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?      ¿Qué le hace sentir mejor?

¿En cuál porcentaje de sus horas despiertas se siente los síntomas (0-100%)?      Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

**Quinta área de queja:** Describe los síntomas:

¿Qué le hace sentir peor?      ¿Qué le hace sentir mejor?

¿En cuál porcentaje de sus horas despiertas se siente los síntomas (0-100%)?      Se hace:  Mejor  Se queda igual  Peor

¿Se sentía algunos síntomas en estas áreas INMEDIATAMENTE ANTES de este incidente?  Sí  No    Si sí, ¿Cuáles y dónde?

### Historial de Salud

Escriba enfermedades graves/crónicas que ha tenido:

Escriba algunas hospitalizaciones/cirugías que ha tenido, con fechas por cada uno:

Escriba cuales medicamentos toma actualmente, o que tomaba por un tiempo extendido:

Escriba otras lesiones de trabajo anteriores, con fechas y duración de tratamiento:	
Escriba otras lesiones de accidentes de auto u otras traumas físicas, con fechas y duración de tratamiento:	
¿Cuántos embarazos ha tenido?	
¿Cuántos embarazos llegaron a su término?	Escriba las complicaciones que tuvo:
Escriba sus alergias:	
¿Ha visitado a un quiropráctico antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si sí, ¿a quién y por qué?	¿Qué fue su experiencia?
¿Cuándo fue su último examen físico?	¿Qué encontraron?
Marque cada condición que tiene y cuando se diagnosticó en el espacio siguiente: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmón/Tos Crónico <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Desorden de Musculo/Esqueleto <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos <input type="checkbox"/> Desordenes Psicológicos <input type="checkbox"/> Desorden de Piel <input type="checkbox"/> Pérdida de peso sin explicación	
<b><u>Historia de Salud Familiar</u></b>	
Marque cada condición que hay en su familia, escriba quien la tiene (en relación a Usted), y cuando se diagnosticó en el espacio siguiente: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón <input type="checkbox"/> Desordenes Psicológicos <input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<b><u>Historia Personal/Social</u></b>	
Describa brevemente sus deberes de trabajo:	
¿Cómo describiría su vida de hogar?	
¿Cuántos niños ha tenido y cuál años?	
¿Está en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Describa su dieta:	
¿Hace ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta lesión ha afectado su rutina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cómo?
¿Tiene pasatiempos regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Esta lesión ha afectado sus pasatiempos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cómo?
¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto y con qué frecuencia?
¿Usa productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto, con qué frecuencia y por cuánto tiempo?

¡Casi Terminó!



**Cuestionario Oswestry del Dolor de la Espalda Baja**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Score (Para Empleados): \_\_\_\_\_

<p><b>Intensidad del Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es suave.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es suave y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es moderado.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es moderado y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor viene y va, y es grave.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es grave y no varía mucho.</p>	<p><b>Estar de Pie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Me duele un poco estar de pie, pero no aumenta con tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 1 hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 1/2 hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo estar de pie por más de 10 minutos sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Evito estar de pie, porque aumenta el dolor inmediatamente.</p>
<p><b>Cuidado Personal</b></p> <p><input type="checkbox"/> No devo cambiar en cómo me baño o me visto para evitar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Normalmente no cambio en cómo me baño ni me visto aunque me cause un poco de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor, pero logro no cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor y es necesario cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no soy capaz de hacer algo de lavarse y vestirse sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no puedo bañarme ni vestirme sin ayuda.</p>	<p><b>Dormir</b></p> <p><input type="checkbox"/> No me duele estar en cama.</p> <p><input type="checkbox"/> Me duele estar en cama, pero no me impide de dormir bien.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de un cuarto.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de la mitad.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, mi sueño normal se reduce a menos de tres cuartos.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide dormir.</p>
<p><b>Levantar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas sin más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas, pero causa más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero puedo lograr tomarlas si estan posicionadas cómodamente, por ejemplo, en la mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras o de peso medio si estan posicionadas cómodamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar cosas muy ligeras, a lo mucho.</p>	<p><b>La Vida Social</b></p> <p><input type="checkbox"/> La vida social es normal, y no me da dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> La vida social es normal, pero aumenta mi dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más energéticos, por ejemplo, bailar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor ha restringido mi vida social y no salgo mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor ha restringido mi vida social en mi casa.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo una vida social a causa del dolor.</p>
<p><b>Caminar</b></p> <p><input type="checkbox"/> El dolor no me impide de caminar ninguna distancia.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de una milla.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de media milla.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide caminar más de un cuarto de una milla.</p> <p><input type="checkbox"/> Solo puedo caminar usando un bastón o las muletas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy en la cama la mayoría del tiempo y tengo que arrastrarme al baño.</p>	<p><b>Viajar</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor mientras viajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo un poco de dolor mientras viajo, pero ninguno de mis formas normales de viajar lo empeora.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor mientras viajo, pero no me obliga buscar formas alternativas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor mientras viajo que me obliga a buscar formas alternativas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor restringe todas las formas de viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor restringe todas las formas de viajar excepto los que se puede hacer acostado.</p>
<p><b>Sentarse</b></p> <p><input type="checkbox"/> Me puedo sentar en cualquier asiento todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Me puedo sentar en mi asiento favorito todo el tiempo que quiera sin dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme por más de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide sentarme por más de media hora.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide de sentarme por más de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide de sentarme por nada.</p>	<p><b>Cambiando el Nivel de Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se mejora rápido.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor fluctúa, pero en general definitivamente se mejora.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor parece mejorarse, pero se mejora muy lento.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor no se mejora ni se empeora.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se empeora gradualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi dolor se empeora rápido.</p>

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Score (Para Empleados): \_\_\_\_\_

<p><b>Intensidad del Dolor</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es muy templado al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es moderado al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es bastante severo al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es muy severo al momento.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor es lo peor imaginable al momento.</p>	<p><b>Dolores de Cabeza</b></p> <p><input type="checkbox"/> No tengo dolores de cabeza.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza ligeramente que vienen pocas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza moderado que vienen pocas veces.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza moderado que vienen frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza severos que vienen frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.</p>
<p><b>Cuidado Personal</b></p> <p><input type="checkbox"/> No devo cambiar en cómo me baño o me visto para evitar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Normalmente no cambio en cómo me baño ni me visto aunque me cause un poco de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor, pero logro no cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarme y vestirme aumentan el dolor y es necesario cambiar cómo los hago.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no soy capaz de hacer algo de lavarse y vestirse sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> A causa del dolor, no puedo bañarme ni vestirme sin ayuda.</p>	<p><b>Trabajo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo hacer todo el trabajo que deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Solamente puedo hacer mi trabajo de siempre, pero no más.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo hacer casi todo mi trabajo de siempre, pero no más.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo como de costumbre.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo como de costumbre.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer ninguna clase de trabajo.</p>
<p><b>Levantar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas sin más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo levantar cosas pesadas, pero causa más dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero puedo lograr tomarlas si estan posicionadas cómodamente, por ejemplo, en la mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras o de peso medio si estan posicionadas cómodamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo puedo levantar cosas muy ligeras, a lo mucho.</p>	<p><b>Manejando</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto sin causarme dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un poco de dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo manejar el auto lo largo que deseo por el dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Casi no puedo manejar por causa de mi dolor severo en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo manejar mi auto.</p>
<p><b>Lectura</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo sin causarme mas dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo con un poco de dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo leer lo mucho que deseo con un dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor severo en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo leer para nada.</p>	<p><b>Dormir</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor no me impide dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado ligeramente (menos de 1 hora desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado ligeramente (1-2 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado bastante (3-5 horas desvelado).</p> <p><input type="checkbox"/> Mi sueño es perturbado completamente.</p>
<p><b>Concentración</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, sin dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, con un poco de dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo un grado justo de dificultad en concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mucha dificultad concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo bastante dificultad concentrándome cuando deseo.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo concentrarme</p>	<p><b>Recreo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en todas mis actividades recreativas con ningún dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algún dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo participar en pocas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas puedo hacer algunas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer ninguna actividad recreativa.</p>

Minimal/ Moderate/ Severe/ Crippled/ 80-100%

