

**Kessler Rehabilitation Center** **Para uso del consultorio solamente**Paciente antiguo:  SÍ  NO N° de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_Ingesta Completada por: \_\_\_\_\_ Registrado por: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir / ID verificada:  SÍ  NO**Información del paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (dd-mm-aaaa)

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Desconocido Raza/Origen étnico:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático/de las islas del Pacífico  Afroamericano  Blanco  Hispano o latino  Multirracial  Declinó  No disponibleSexo:  M  F  No Binario / Tercer Genero  Prefiero no decirlo  Auto describa Pronombres Preferidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto de recordatorio de cita:  Texto  Móvil  Electrónico  Casa  Sin recordatorio de cita**Información del empleador**Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ N° de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Estado del empleo:  Ninguno  TC  MT  Por cuenta propia  Jubilado  Estudiante

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información del contacto de emergencia**Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:  Padre  Cónyuge  Hermano  Otro**Información del médico**

Nombre del médico de referencia: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de prescripción: \_\_\_\_\_

Servicios ordenados:  PT  OT  ST Post-Quirúrgico  Si  No Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_  
Fecha de la lesión/ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_Alguna vez recibí tratamiento para terapia ambulatoria?  Si  No Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_**Información del seguro primario**

Nombre de la Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ N° de póliza o reclamo: \_\_\_\_\_ N° de grupo : \_\_\_\_\_ N° de teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el titular de la póliza :  Propio  Cónyuge  Dependiente  Otro**Información del seguro secundario (En caso de auto, compensación de trabajadores o litigios)**

Nombre de la Compañía de seguros/Abogado: \_\_\_\_\_ N° de póliza o reclamo: \_\_\_\_\_ N° de grupo : \_\_\_\_\_ N° de teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el titular de la póliza :  Propio  Cónyuge  Dependiente  Otro**Preguntas adicionales**Relacionado con el trabajo:  Sí  No Nombre y número de teléfono del ajustador: \_\_\_\_\_ ¿Fue el accidente con el empleador actual?  No  Sí Si respondió "No," ¿quién era el empleador? \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_Relacionado con un automóvil:  Sí, ¿estado? \_\_\_\_\_  No Fecha del accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de accidente: Conductor / Pasajero / Peatón / Empleo / Caída / Otro**Medicare Only**¿Tiene usted Medicare?  No  Sí ¿Está usted actualmente recibiendo Servicios de atención en el hogar?  No  Sí Si respondió "Sí," ¿cuál es el nombre de la agencia y qué tiempo de Servicios de atención en el hogar recibe? \_\_\_\_\_ Si respondió "No," ¿recibió los servicios durante los últimos 60 días? \_\_\_\_\_ Si respondió "sí," nombre de la agencia y fecha del último servicio \_\_\_\_\_  
¿Está usted residiendo actualmente en un Centro de enfermería especializada?  No  Sí Si respondió "Sí," ¿cuál es el nombre del centro? \_\_\_\_\_ Si respondió "Sí," ¿está usted en la "Unidad de Medicare?"  No  Sí

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Historia clínica de pacientes externos / Formulario de evaluación**

**A completar por el paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Por qué está aquí? \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_\_

Idiomas hablados: \_\_\_\_\_

**Idioma preferido** para recibir información de salud *para el paciente*: \_\_\_\_\_

**Idioma preferido** para recibir información de salud *para el tutor legal / Apoderado para el cuidado de la salud*: \_\_\_\_\_

Médico de familia/Internista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Necesidades religiosas / culturales: NO  Sí  Explicar: \_\_\_\_\_

Necesidades de aprendizaje especiales: NO  Sí

Dificultades auditivas: NO  Sí

Dificultades del habla / comunicación: NO  Sí

**Información médica:**

| Antecedentes de:                                                                                                          | Sí                       |                          | NO                       |                          | Antecedentes familiares  | Sí                       |                          | NO                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión (presión arterial alta)                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabaco                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el pecho / angina                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos / vértigo / desmayos                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipotensión (presión arterial baja)                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para respirar                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inflamación de tobillos                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos nocturna                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer / Tumores / Crecimientos                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiación / tratamiento de quimioterapia                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporosis                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoartritis                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis reumatoidea                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad reumática                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido / tiene:                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esclerosis múltiple                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión cerebral                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión en la médula espinal                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fracturas / reemplazo total de la articulación                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FECHA: _____ ÁREA: _____                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| FECHA: _____ ÁREA: _____                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Disminución de sensibilidad/entumecimiento                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad cutánea:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Látex <input type="checkbox"/> / Adhesivos <input type="checkbox"/> / Temperatura <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes de úlceras por presión                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos / Defibrilador                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragias/moretos (recientes)                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipoglucemia                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno convulsivo activo                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demencia / Alzheimer                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad renal                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Siempre lleva el inhalador con usted                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar / Efisema / EPOC                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Uso de oxígeno                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Covid-19                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En el último mes, ¿ha sentido con frecuencia tristeza, depresión o desesperanza?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En el último mes, ¿ha notado que con frecuencia perdía el interés por las cosas o había perdido el placer de hacer cosas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión / ansiedad / ataques de pánico                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>En los últimos tres meses ha experimentado:</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios o dificultad en los intestinos             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios o dificultad en la vejiga                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofocación                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¿Siente dolor?**  
Ubicación del dolor \_\_\_\_\_

**Si respondió afirmativamente a alguna de las opciones anteriores:**

¿Se encuentra bajo tratamiento médico por estas afecciones? Sí NO

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Cirugía(s) en los últimos 3 meses - Incluir fechas:** \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son sus metas de rehabilitación?:** \_\_\_\_\_

**Directivas anticipadas: Si necesita información sobre Directivas anticipadas, comuníquese con el asistente de la oficina/admisión del centro. No se respetan las Directivas anticipadas en el entorno de pacientes ambulatorios.**

| <u>EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS*:</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <u>EVALUACIÓN NUTRICIONAL</u>                                                                                  |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SÍ      NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SÍ      NO                                                                                                     |            |
| ¿Se ha caído en el último año?<br>De ser así, ¿cuántas veces?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Ha perdido peso en forma inexplicable?<br>(>5 % en los últimos 30 días)                                       |            |
| ¿Alguna de estas caídas le provocó una lesión en el último año?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ¿Reciente pérdida del apetito/aversión por la comida?                                                          |            |
| ¿Tiene miedo de caerse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ¿Tiene dificultades para tragar?                                                                               |            |
| ¿Se ha sentido inestable al estar de pie o en su silla de ruedas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Disminuyó su ingesta de alimentos? (<50 % de la ingesta normal > 3 días)                                      |            |
| ¿Siente mareos o vértigo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Se encuentra bajo tratamiento médico por estas afecciones?                                                    |            |
| ¿Tiene problemas de visión que no se corrijan con lentes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>MEDICAMENTOS QUE USA ACTUALMENTE (Indicar más abajo)</b>                                                    |            |
| ¿Usa sedantes que afectan su nivel de atención durante el día?                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Entregué una lista separada de medicamentos: <input type="checkbox"/>                                          |            |
| ¿Tiene dificultades cognitivas / de memoria?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Actualmente no uso ningún medicamento de venta libre ni recetado ni hierbas: <input type="checkbox"/>          |            |
| ¿Tiene una discapacidad en un miembro inferior que afecte su capacidad para caminar?                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |            |
| <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CAÍDAS SEGÚN CMS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |            |
| *Se considera que el paciente presenta riesgo de caídas si se ha caído en más de dos oportunidades durante el último año.                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |            |
| *Se considera que el paciente presenta riesgo de caídas si ha sufrido lesiones como resultado de una caída durante el último año.                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Todos los medicamentos han sido recetados por un médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |            |
| <b>**Informe a su terapeuta cualquier cambio relacionado con los medicamentos, las afecciones médicas o cirugías para poder actualizar esta lista a medida que avanza en su tratamiento**</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |            |
| PACIENTE FIRMA: _____ FECHA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |            |
| Si la firma no pertenece al paciente, relación con el paciente (tutor/ padre o madre si es un menor): _____                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |            |
| <b>A completar por el terapeuta que realiza la evaluación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |            |
| * <b>RIESGO DE CAÍDAS:</b> Se considera que un paciente presenta riesgo de caídas si responde afirmativamente tres o más preguntas de la evaluación de riesgo de caídas, si cumple con los criterios de evaluación de caídas según CMS o si el terapeuta a su criterio así lo indica. El médico debe remitirse a la Política sobre prevención de caídas PC OP 1018. |                                                                                                                |            |
| Se ha identificado que el paciente presenta riesgo de caídas:      Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |            |
| En caso afirmativo, se ha implementado el programa de prevención de caídas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |            |
| Se ha identificado que el paciente presenta riesgo de nutrición:      Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, informar al médico)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |            |
| El paciente se beneficiaría con una derivación a Servicios Sociales:      Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (sí, si el terapeuta considera que la vida del paciente está en riesgo, o que el paciente representa una amenaza para los demás)                                                                                                  |                                                                                                                |            |
| Firma del terapeuta: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha: _____                                                                                                   | Hora _____ |
| Firma del terapeuta: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha: _____                                                                                                   | Hora _____ |
| Firma del terapeuta: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha: _____                                                                                                   | Hora _____ |
| <b>ACTUALIZACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |            |
| Indicar los cambios en los medicamentos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |            |
| Indicar los cambios en las afecciones/cirugías:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |            |
| FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |            |
| FIRMA DEL TERAPEUTA: _____ FECHA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |            |

NOMBRE DEL PACIENTE:

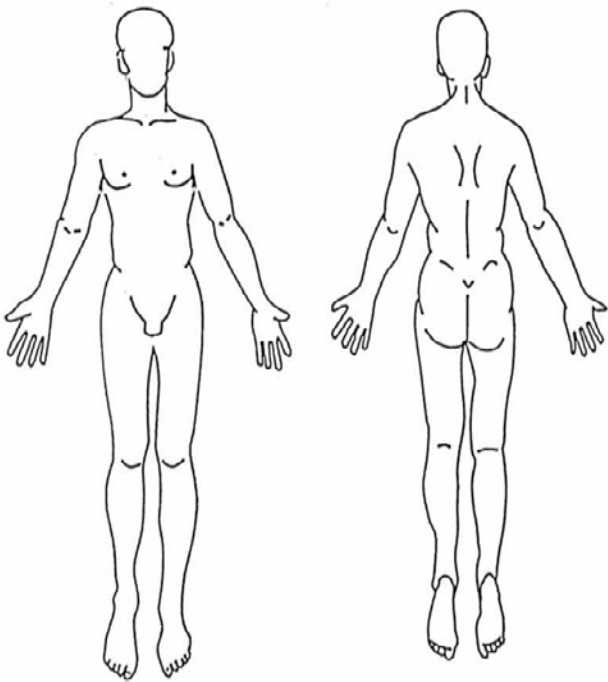
FECHA

TENGO DOLOR: SÍ  NO  (En caso de no sentir dolor, diríjase a la sección "Escala funcional específica del paciente" más abajo)

**Please use the diagram below to indicate where you feel symptoms right now.**

Use the key below to indicate the different types of symptoms:

**KEY:** Pins & Needles = 0000000 Stabbing = ///////////////  
 Burning - XXXXXX Deep Ache - ZZZZZZZ



Marque su mejor (B), actual (C) y peor (W) nivel de dolor o síntoma en la siguiente línea:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= inexistente -> 10 = el peor imaginable. Indique el nivel para cada tipo B, C y W)

1. ¿Qué empeora su dolor o síntoma?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué mejora su dolor o síntoma?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Sus síntomas...? (marque una opción)

Empeoran;  Permanecen iguales;  Mejoran

4. ¿Cómo duerme de noche? (marque una opción)

Bien;  Dificultad moderada;  Solo con medicación

5. ¿Siente dolor de noche?  Sí  No

6. ¿Cuándo (fecha) comenzó su problema? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez recibió tratamiento por esto?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cómo? \_\_\_\_\_

### ESCALA FUNCIONAL ESPECÍFICA DEL PACIENTE:

(Uso por primera vez en este caso) Identifique hasta tres (3) actividades importantes que no puede realizar o le resulta difícil realizar como resultado de su afección médica. Utilizando la siguiente escala indique su capacidad para realizar estas actividades hoy.

(0 = incapaz de realizar → 10 = tan capaz como antes de la lesión)

1. Actividad \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Actividad \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Actividad \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Consentimiento de Tratamiento; Autorización para Proporcionar Información; y Declaración de Responsabilidad Financiera**

Revisado 08/01/2018

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Núm. de Cta.: \_\_\_\_\_

El Kessler Institute for Rehabilitation [Instituto de Rehabilitación Kessler] aprecia la confianza que ha mostrado al escogernos para suplir sus necesidades de rehabilitación. El servicio en el que ha elegido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad lo obliga a garantizar el pago total de sus cuotas. Como cortesía, verificaremos su cobertura y le cobraremos a su aseguradora de su parte. No obstante, usted es el responsable final del pago de su factura.

Usted es responsable del pago de cualquier copago en el momento del servicio y de cualquier deducible/coaseguro como está determinado en su contrato con su aseguradora. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por su asegurador. Si su aseguradora no cubre alguna parte de su reclamación, o si usted y su médico deciden continuar con la terapia más allá de su periodo aprobado, usted será responsable de pagar el saldo de su cuenta por completo. Si su cuenta no es completamente pagada y es referida a una agencia de cobranza, será responsabilidad de usted pagar los honorarios en los que se incurra para cobrar su saldo insoluto. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito. Se espera que realice el pago en la fecha límite de pago de su Estado de Cuenta Mensual del Paciente. Los pagos se pueden realizar en el centro, ser enviados por correo a la dirección en su estado de cuenta o puede tener acceso a nuestra opción de pago de facturas en línea en <https://pay.instamed.com/kesslerbillpay> una vez que reciba su estado de cuenta de parte de la oficina de facturación o bien por medio de llamar a nuestro departamento de servicio al cliente al 1-866-889-9968.

He leído la política detallada arriba con respecto a mi responsabilidad financiera con el Kessler Institute for Rehabilitation por proporcionarle el servicio de rehabilitación al paciente mencionado arriba o a mí. Certifico que la información provista es, hasta donde sé, verdadera y precisa. Autorizo a mi asegurador a pagarle cualquier beneficio directamente al Kessler Institute for Rehabilitation. Estoy de acuerdo en pagarle al Kessler Institute for Rehabilitation la cantidad completa e íntegra de todas las facturas en las que yo, o el paciente mencionado arriba, haya incurrido, de ser el caso, de cualquier cantidad que se adeude después de que mi aseguradora haya efectuado el pago. *Iniciales del Especialista en Servicio al Paciente:* \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_

Usted está de acuerdo en que, con el fin de que cobremos cualquier cantidad que usted pueda adeudar, lo podamos contactar por cualquier número telefónico asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfono celular, lo cual podría resultar en cargos para usted. Quizá también nos comuniquemos con usted por medio del envío de mensajes de texto o correos electrónicos, a través de la utilización de cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto podrían incluir utilizar mensajes de voz pregrabados o artificiales y utilizar dispositivos de marcación automática, según proceda.

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_

Usted recibirá llamadas y/o mensajes de texto con mensajes de *telemarketing* por automarcado o pregrabados desde un sistema de marcado telefónico automático. Usted da su consentimiento para recibir tales llamadas y/o mensajes de texto al número telefónico asociado con su cuenta. Su consentimiento para recibir tales llamadas y/o mensajes de texto no es una condición para alguna compra de servicio o producto. Yo/nosotros he/hemos leído esta notificación y estoy/estamos de acuerdo con que el Proveedor, y/o su representante, pueda contactarme/contactarnos en la forma descrita arriba.

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad y Aviso de Derechos Civiles Federales [Notice of Privacy Practices and Notice for Federal Civil Rights] está exhibido en el lugar donde recibo tratamiento, que he leído el aviso y que lo entiendo. Además, reconozco que tengo el derecho de solicitar una copia del aviso y que se me proporcionará una.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN**

Estoy consciente de mi diagnóstico y voluntariamente doy mi consentimiento para que el Kessler Institute for Rehabilitation, por medio de su personal apropiado, me proporcione la evaluación y/o el tratamiento tal y como lo recetó mi médico y/o lo recomendó mi terapeuta. Entiendo que la práctica de la terapia física, de lenguaje y ocupacional no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías con respecto a una conclusión exitosa del tratamiento proporcionado o de sus resultados. Entiendo que el tratamiento que recibo del Kessler Institute of Rehabilitation está limitado a los servicios de terapia física, de lenguaje y/o ocupacional y que debo buscar tratamiento por parte de otros profesionales de la medicina para los demás problemas que pueda experimentar. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas en cualquier momento durante el curso de mi cuidado.

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_

Además, autorizo al Kessler Institute for Rehabilitation a que les proporcione a las agencias apropiadas cualquier información adquirida durante el curso del examen y tratamiento de mi persona, o del paciente mencionado arriba, que sea necesaria para obtener el pago de los servicios provistos.

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**INVESTIGACIÓN:** En Kessler llevamos a cabo investigaciones para mejorar el cuidado del paciente y son aprobadas y monitoreadas por la Kessler Foundation Institutional Review Board [Junta de Revisión Institucional de la Fundación Kessler] y otra Junta de Revisión Institucional aprobada por Kessler (colectivamente, «IRB», por sus siglas en inglés). Esta revisión y monitoreo asegura una estricta confidencialidad con respecto a quien pueda ver expedientes médicos.

Doy mi consentimiento para el uso de la información en mi expediente para propósitos de investigación. Entiendo que no participaré en ningún tratamiento o protocolo experimental que haya sido revisado y aprobado por una IRB, como se define arriba, sin mi previo consentimiento expreso por escrito.

Doy mi consentimiento para permitir que un miembro de la Kessler Foundation [Fundación Kessler] se comunique conmigo con respecto a mi participación voluntaria en estudios de investigación en marcha o futuros.

No doy mi consentimiento para permitir que un miembro de la Kessler Foundation [Fundación Kessler] se comunique conmigo con respecto a mi participación voluntaria en estudios de investigación en marcha o futuros.

Kessler Inpatient Rehabilitation [Rehabilitación de Pacientes Internos Kessler] le proporciona a la Kessler Foundation la información de correo de nuestros pacientes para utilizarla en comunicados de recaudación de fondos. Si no quiere que compartamos su información con la Kessler Foundation o si no quiere recibir comunicados de recaudación de fondos en el futuro, por favor marque esta casilla.  No es un requisito que usted esté de acuerdo en aceptar comunicados de recaudación de fondos de nuestra parte, y respetaremos su solicitud de no recibir más comunicados de recaudación de fondos después de la fecha en que recibamos su decisión. Su tratamiento o su pago no se verá afectado por su decisión de no recibir comunicados de recaudación de fondos.

**Firma:** \_\_\_\_\_ (Relación con el paciente: Yo soy el paciente — Tutor o representante legal — Otra: \_\_\_\_\_) **Fecha:** \_\_\_\_\_