



South Bay Wellness Center

General Information

Nombre (Primero): _____ (Medio): _____ (Apellido): _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Mujer Hombre

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja doméstica

Teléfono Celular Casa: _____ Otro teléfono: _____ Casa Trabajo Ext. _____

Dirección de Casa (Número): _____ Apto. No.: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Email:

Referencia Por:

PARA EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Celular Casa: _____ Otro teléfono: _____ Casa Trabajo Ext. _____

SI ES MENOS DE 18 AÑOS: (Padres o Guardián Legal debe Firmar la Autorización para Tratar al Menor)

Nombre de Guardia: _____ Relación: _____ Firma del guardián: _____

Teléfono Celular Casa: _____ Otro teléfono: _____ Casa Trabajo Ext. _____

EMPLEO

Deshabilitado Desempleados Permanente Temporal Trabajo Tiempo completo Trabajo Tiempo Parcial

Estudiante Retirado

Ocupación o Naturaleza de Trabajo: _____ Nombre of Empleador: _____

Dirección de Trabajo: (Número): _____ Suite No: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Trabajo Teléfono No: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Si está presente la tarjeta de seguro no es necesario llenar)

Nombre del Seguro: _____ Numero del Seguro: _____

Identificación de seguro #: _____ Grupo#: _____ Nombre Seguro: _____

Asegurados DOB: _____ Dirección de Oficina: _____ Suite No: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Has tenido algún accidente anterior? Si / No Fecha: _____ ¿Recibió algún tratamiento? Si / No

Naturaleza de la lesión: Accidente Automovilístico lesión relacionada con el trabajo caída

Evento Traumático Inicio Gradual Condición Continua/Crónica Inicio Desconocido Otro: _____

Nombre del abogado si usted está representado por uno: _____ Teléfono: _____

Por favor, coloque uno de los siguientes números en la línea delante del síntoma:
Por el número más importante #1 Worst necesita atención en este momento #1 problema (s) Deseo ser tratado para AHORA,
a la lista de la lista de (2, 3...) - problema/s Que podría desear ser tratado para en una fecha posterior.

CABEZA Y CUELLO

- Dolor de cabeza
 - Dolor de cuello con movimiento
 - Dolor de cuello Sin Movimiento
 - Rigidez en el cuello
 - Espasmos en el cuello
 - Sonidos de molido en el cuello
 - Radiación del dolor en los brazos a las manos
- Comentarios: _____

ESPALDA MEDIO

- D E
- Dolor de espalda medio
 - Dolor entre los omoplatos
- Comentarios: _____

ESPALDA BAJA

- Dolor de espalda baja
 - Dolor de espalda con radiación en la nalga y la
 - Espasmos musculares
- Comentarios: _____

ESPALDA HOMBROS

- D E
- Dolor en las articulaciones del hombro
 - Dolor a través de los hombro
 - Tensión en los Brazos
 - No se puede levantar el brazo
 - Debilidad en los brazos
- Comentarios: _____

CADERAS, PIERNAS Y PIES

- D E
- Dolor en la cadera
 - Dolor en la rodilla
 - Dolor en la parte posterior de la pierna
 - Dolor en la parte delantera de la pierna
 - Calambres en las piernas
 - Sensación de pines y agujas en las piernas
 - Entumecimiento en pies
 - Calambres en los pies
 - Dolor en los tobillos
 - Tobillos hinchados
 - Dolor de pie
 - Entumecimiento en los dedos del pie
 - Piernas de debilidad
- Comentarios: _____

Brazos Y Manos

- D E
- Dolor en brazos
 - Dolor en el codo
 - Dolor en el manos
 - Dolor en los dedos
 - Sensación de alfileres y agujas en los brazos
 - Sensación de alfileres y agujas en las manos
 - Manos frías
 - Hinchazón de las articulaciones en los dedos
 - Rigidez en los dedos
 - Perdida de la fuerza de agarre / debilidad

Síntomas y Presenté Estado de Salud

En pocas palabras describir su condición? _____

Cuando comenzó su dolor o problema? _____

¿Estás experimentando entumecimiento o hormigueo en cualquier área de tu cuerpo? _____

¿Cuándo comenzó su dolor o incomodidad? _____

Tipo de dolor que está sintiendo: Agudo Dolor sordo Constante Intermitente Otro _____

Este dolor dispara irradia, o viaja en su cuerpo? Yes No Para dónde? _____

Desde que comenzó, es su dolor es: Mismo Mejor Peor

Qué momento de su dolor es: Ocasional = 0-25% Intermediarios =25-50% Frecuentes =50- 75% Constante =75-100%

Experimenta o ha tenido alguno de estos síntomas con su problema actual?

Dolor de Cabeza Nauseas Vómitos Presión arterial alta Problema de visión

Diarrea/problema del movimiento intestinal Entumecimiento: Ubicación _____ cuando _____ otro _____

PACIENTE NOMBRE:

FECHA:

Doctors name: Kian Javid, D.C.

Signature:

Que actividades agravan se condición / dolor? _____

Que actividades disminuyen se condición/ dolor? _____

Esta condición empeora durante ciertas horas del día? _____

Esta condición interfiere con: Trabajo Dormir Rutina Otro: _____

Esta condición empeora progresivamente? SI NO

¿Ha visto a algún médico para esta condición? SI NO En caso afirmativo quién: _____

¿Cuál es su objetivo de su tratamiento de hoy? _____

Objetivo a corto plazo del tratamiento quiropráctico? _____

¿Objetivo a largo plazo del tratamiento quiropráctico? _____

Por favor circule donde usted esta: si (No tiene Dolor =0 o su Dolor Empeora =10

Su área de reclamación #1 _____ (Sin Queja/Dolor) = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = **Pire posible**

Su área de reclamación #1 _____ (Sin Queja/Dolor) = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = **Pire posible**

Su área de reclamación #1 _____ (Sin Queja/Dolor) = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = **Pire posible**

Su área de reclamación #1 _____ (Sin Queja/Dolor) = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = **Pire posible**

Tienes este dolor ahora? SI NO Su nivel de dolor ha disminuido desde que comenzó? SI NO

Su dolor es el mismo todo el tiempo? SI NO

Usando los símbolos de abajo, marque en las fotos donde usted siente dolor/s.

Dolor Adoro: OOO

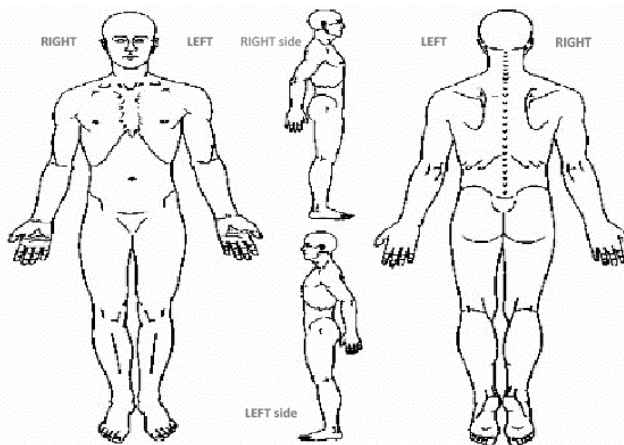
Entumecimiento: = = =

Ardiente: XXX

Agudo / Puñalada: ///

Alfileres / Agujas: +++

Otro: _____ ^ ^ ^



Historia de uno mismo:

Cualquier enfermedad reciente: _____

Está tomando atención médica para cualquier condición? SI NO Si es así qué: _____

Comprobación de la última vez por su médico: Menos de un año? Cuando: _____ O hace más de un año? Cuando: _____

Que medicamentos tomas? _____ Alguna vez ha tenido una cirugía?: _____

Solo Mujeres- La última vez que la revise OB GYN: Menos de un Año Año a más de Un año

¿Fumas? YES NO Beber alcohol? YES NO ¿Cuánto/a menudo? _____

Toma vitaminas / suplementos? YES NO Si es así, que tipo y con qué frecuencia? _____

Tiene alguna historia o relacionada con estas enfermedades: La cardiopatía Artritis Cáncer Diabetes Otro _____

Hay una historia familiar de:: La cardiopatía Artritis Cáncer Diabetes Otro _____

Lado de Padre La cardiopatía Artritis Cáncer Diabetes Otro _____

Lado de Madre La cardiopatía Artritis Cáncer Diabetes Otro _____

PATIENT NAME:

DATE:

Por favor marque cada artículo a continuación para cada signo o síntoma que actualmente tiene o que tuvo anteriormente

<p>SÍNTOMAS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sibilancias <p>MÚSCULOS Y ARTICULACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de espalda baja <input type="checkbox"/> Dolor entre los hombros <input type="checkbox"/> Problemas del cuello <input type="checkbox"/> Problemas con los brazos <input type="checkbox"/> Problemas en las piernas <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas <input type="checkbox"/> Articulaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones <input type="checkbox"/> Músculos adoloridos <input type="checkbox"/> Músculos débiles <input type="checkbox"/> Problemas para caminar <input type="checkbox"/> Esguinces / distensiones <input type="checkbox"/> Huesos rotos <input type="checkbox"/> Escoliosis <p>CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Dolor sobre el corazón <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Rápido Corazón <input type="checkbox"/> Corazón lento <input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas 	<p>OREJA NARIZ GARGANTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Ruidos en los oídos <input type="checkbox"/> Tiroides agrandada <input type="checkbox"/> Resfríos Frecuentes <input type="checkbox"/> Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Bloqueo nasal <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz <input type="checkbox"/> Dolor detrás de los ojos <input type="checkbox"/> Pobre visión <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Garganta dolorida <input type="checkbox"/> Amigdalitis <p>GASTROINTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eructos / Gas <input type="checkbox"/> Problemas de Colon <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre excesivo <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga urinaria <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Hígado / vesícula biliar <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Poco apetito <input type="checkbox"/> Mala digestión <input type="checkbox"/> Vomitando <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre <input type="checkbox"/> Taburete negro <input type="checkbox"/> Heces con sangre <input type="checkbox"/> Pérdida de peso / ganancia <p>ENDOCRINOLOGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetic 	<p>RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> Escupir sangre <input type="checkbox"/> Escupir flema <p>GENITO-URINARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Infección renal <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga <p>PIEL O ALERGIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hierve <input type="checkbox"/> Hematomas fácilmente <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Eczema / erupción / dermatitis <input type="checkbox"/> Colmenas <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Piel sensible <input type="checkbox"/> Alergia <p>PARA MUJERES SOLAMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Control de natalidad <input type="checkbox"/> Reemplazo de hormonas <input type="checkbox"/> Calambres / dolores de espalda <input type="checkbox"/> Flujo excesivo <input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> Ciclo irregular <input type="checkbox"/> Aborto involuntario <input type="checkbox"/> Periodos dolorosos <input type="checkbox"/> Descarga vaginal <input type="checkbox"/> Dolor en los senos <input type="checkbox"/> Embarazada en este momento S / N
---	--	---

Por la presente certifico que las declaraciones y respuestas proporcionadas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi salud.

Acepto permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional (Nombre del Paciente: _____)

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO CHIROPRACTIC

Lea y ponga su inicial en el área proporcionada

_____ Es importante reconocer la diferencia entre las especialidades de atención médica de quiropráctica, osteopatía y medicina. Los quiroprácticos creen que cuando eliminan la interferencia en el sistema nervioso (a través de un ajuste de la columna vertebral), de modo que la columna vertebral está en correcta alineación, la Inteligencia Innata puede entonces actuar (a través del sistema nervioso), para curar enfermedades dentro del cuerpo para buscar y restaurar la salud a través de medios naturales sin el uso de drogas o cirugía. Esto le da al cuerpo la máxima oportunidad de utilizar sus poderes de recuperación innatos. El éxito de los procedimientos de los médicos quiroprácticos a menudo depende del medio ambiente, las causas subyacentes, las condiciones físicas y de la columna vertebral. Es importante entender qué esperar de los servicios de atención médica quiropráctica.

_____ Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluyendo varios modos de terapia física, y radiografías de diagnóstico en mí (o el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el Dr. Kian Javid o cualquier personal en South Bay Wellness Center.

_____ Entiendo y me informan que la práctica de la quiropráctica puede tener algún riesgo, al igual que el riesgo involucrado con cualquier otra actividad que tengamos en nuestras vidas. Incluyendo examen y tratamiento, pero no limitado a, dolor, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones, esguinces y aumento de los síntomas y dolor o ninguna mejora de los síntomas o dolor y en raras ocasiones, defectos físicos subyacentes, deformidades, o patologías pueden hacer que el paciente sea susceptible a la lesión.

El médico, por supuesto, no dará un ajuste quiropráctico o atención médica, si es consciente de que dicha atención puede estar contraindicada. Una vez más, es responsabilidad del paciente darlo a conocer o aprender a través de los procedimientos de atención médica lo que esté sufriendo: defectos patológicos latentes, enfermedades o deformidades, que de otra manera no llamarían la atención del médico de quiropráctica.

_____ No espero que el médico sea capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el médico para ejercer el juicio durante el curso del procedimiento que el médico siente en el momento, basado en los hechos conocidos es en mi mejor interés.

_____ Reconozco además que no se han hecho garantías ni garantías con respecto a los resultados previstos en los tratamientos. Pretendo este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso de tratamiento de mi condición actual y para cualquier condición futura para la que busco tratamiento. Entiendo que puedo rechazar el tratamiento en cualquier momento y que soy responsable de mis opciones de atención médica.

_____ Por la presente certifico que las declaraciones y respuestas dadas en este formulario son precisas a la mejor de las personas y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi salud.

He leído, o me he leído, el consentimiento anterior también he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el plan de tratamiento. Pretendo este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la que pueda buscar tratamiento.

Acepto permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional:

(NOMBRE DEL PACIENTE):

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Nuestra Política de Privacidad

South Bay Wellness Center está comprometido a la defensa de la seguridad y confidencialidad de la información personal que usted nos proporciona. Nos tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de salvaguardar su información. No compartimos ni vendemos información del paciente con nadie fuera de nuestra oficina sin su consentimiento por escrito. Esta política cubre información que incluye información personal, financiera o de salud sobre una relación con el consumidor o el cliente.

_____ Por la presente autorizo que mis registros de evaluación y tratamiento con South Bay Wellness Center, pueden ser reenviados a médicos de referencia, especialistas o terapeutas que también están involucrados en mi atención médica.

Por la presente autorizo a esta oficina a divulgar cualquier información solicitada por mi compañía de seguros para documentar mi reclamo de beneficios.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Política Financiera, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Gracias por elegir South Bay Wellness Center como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle excelentes servicios de salud a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted entienda nuestra política financiera. Usted es financieramente responsable de la cantidad total de servicios prestados cuando se prestan. Todos los pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir los servicios. Como cortesía, podemos facturar su seguro médico si usted tiene beneficios quiroprácticos. Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguro más actualizada si desea que le facturemos.

1. Debemos enfatizar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y entender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
2. Si no proporciona información precisa del seguro de manera oportuna, su compañía de seguros puede denegar la reclamación
3. Tenga en cuenta que algunos o tal vez todos los servicios pueden no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. Usted es financieramente responsable de servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
4. En algunos casos antes de recibir servicios, debe verificar si somos un proveedor participante para su compañía de seguros. También es necesario que si usted es un participante en un plan HMO debe obtener una referencia de seguro de su médico de atención primaria que aparece en su tarjeta de seguro antes de que sea atendido por otro proveedor de atención médica.
5. En algunos casos, los copagos y/o el coaseguro deben/pueden cobrarse en el momento del servicio. Este es un requisito establecido por su compañía de seguros. Sin excepciones.
6. Debe proporcionar su dirección de facturación más actual, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante, y si algo de esto cambia, es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros con la información actualizada.
7. Los intereses y/o las comisiones financieras podrán añadirse a cualquier saldo pendiente no pagado dentro de los 20 días siguientes a la recepción de la primera declaración.
8. Lesiones personales o accidentes automovilísticos: Es nuestra política de la oficina para permitir 90 días después de haber sido despedido de la atención para que la reclamación se resuelva con la compañía de responsabilidad. Una vez que se alcanzan los 90 días, si no se ha hecho ningún acuerdo, requerimos que el paciente comience a hacer pagos para su caso de lesiones personales.

Al firmar a continuación reconozco que he leído, o que me he leído la Política Financiera, la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y también he tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender plenamente sus términos. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar a continuación, entiendo que: Soy personalmente responsable del pago completo de todos los cargos por mi tratamiento. Los servicios se pagan en el momento en que se prestan los servicios. Soy responsable de actualizar mi información si hay/hay algún cambio(s)

NOMBRE PACIENTE/TUTOR:

Firma: _____

Fecha: _____

Análisis de Actividades Diarias

Actividades de la Escala de Vida Diaria #1 Utilice la siguiente Escala 1 a 5 para describir las dificultades a continuación, a través de Viajar.	1 - "Puedo hacerlo sin ninguna dificultad." 5 - "No puedo hacerlo en absoluto, debido al dolor." 2 - "Puedo hacerlo sin mucha dificultad, a pesar de un poco de dolor." 3 - "Me las arreglo para hacerlo por mí mismo, a pesar de un marcado dolor." 4 - "Me las arreglo para hacerlo, a pesar del dolor, pero sólo si tengo ayuda."
Dificultades con el autótosis y las actividades de higiene personal: Bañarse <input type="checkbox"/> Secarse el pelo <input type="checkbox"/> Cepillarse dientes <input type="checkbox"/> Ponerse zapatos <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Sacar la basura <input type="checkbox"/> Duchándose <input type="checkbox"/> Peinando el cabello <input type="checkbox"/> Haciendo la cama <input type="checkbox"/> Atando zapatos <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Lavando ropa <input type="checkbox"/> Lavando pelo <input type="checkbox"/> Lavando la cara <input type="checkbox"/> Ponerse una camisa <input type="checkbox"/> Ponerse pantalones <input type="checkbox"/> Lavando platos <input type="checkbox"/> Yendo al baño <input type="checkbox"/>	
Dificultades con las actividades físicas: De pie <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Arrodillarse <input type="checkbox"/> Doblado hacia atrás <input type="checkbox"/> Torsión Izquierda <input type="checkbox"/> Inclinars hacia atrás <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> agacharse <input type="checkbox"/> Alcanzando <input type="checkbox"/> Doblado a la izquierda <input type="checkbox"/> Torsión derecha <input type="checkbox"/> Apoyarse a la izquierda <input type="checkbox"/> Reclinación <input type="checkbox"/> En cuclillas <input type="checkbox"/> Doblando hacia adelante <input type="checkbox"/> Doblando hacia la derecha <input type="checkbox"/> Inclinar hacia adelante <input type="checkbox"/> Inclinar a la derecha <input type="checkbox"/> De pie durante largos períodos <input type="checkbox"/> Sentado durante largos períodos <input type="checkbox"/> Caminando durante largos períodos <input type="checkbox"/> Arrodillarse durante largos períodos <input type="checkbox"/>	
Dificultades con las actividades funcionales: Llevar objetos pequeños <input type="checkbox"/> Levantando objetos del piso <input type="checkbox"/> Empujar las cosas mientras está sentado <input type="checkbox"/> Ejercicio de la parte superior del cuerpo <input type="checkbox"/> Levantando objetos grandes <input type="checkbox"/> Levantando objetos de la mesa <input type="checkbox"/> Empujar las cosas mientras está de pie <input type="checkbox"/> Ejercicio de la parte inferior del cuerpo <input type="checkbox"/> Llevar maletín <input type="checkbox"/> Subir escaleras <input type="checkbox"/> Jalando cosas sentado <input type="checkbox"/> Ejercicio de brazos <input type="checkbox"/> Llevar un bolso grande <input type="checkbox"/> Inclinaciones de escalada <input type="checkbox"/> Tirar de las cosas mientras está de pie <input type="checkbox"/> Ejercitar las piernas <input type="checkbox"/>	
Dificultades con las actividades sociales y recreativas: Jugando bolos <input type="checkbox"/> Corriendo <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Patinaje sobre hielo <input type="checkbox"/> Deportes competitivos <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Jugar al golf <input type="checkbox"/> Danzando <input type="checkbox"/> Esquiando <input type="checkbox"/> Patinaje sobre ruedas <input type="checkbox"/> Pasatiempos <input type="checkbox"/> Comiendo afuera <input type="checkbox"/>	
Dificultades al viajar: Conducir un vehículo de motor <input type="checkbox"/> Como pasajera en un vehículo de motor <input type="checkbox"/> Como pasajero en un tren <input type="checkbox"/> Manejando por periodos largo <input type="checkbox"/> Como pasajero en un avión <input type="checkbox"/>	
Las actividades de la Escala de Vida Diaria #2 después de 1 a 5 Escala para describir las dificultades a continuación	1 - "Esta área no se ve afectada por mi condición." 4 - "Mi condición limita seriamente mi capacidad en esta área." 2 - "Esta área está ligeramente afectada por mi condición." 5 - "Mi condición me impide usar esta habilidad." 3 - "Mi condición restringe moderadamente mi capacidad en esta área."
Dificultades con las diferentes formas de comunicación: Concentrarse <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Escuchando <input type="checkbox"/> Hablando <input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Escribiendo <input type="checkbox"/> Usando el computador <input type="checkbox"/>	
Dificultades con los sentidos: Viendo <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> tacto <input type="checkbox"/> Sabor <input type="checkbox"/> Sentido del olfato <input type="checkbox"/>	Dificultades con las funciones de la mano: Agarra <input type="checkbox"/> Sosteniendo <input type="checkbox"/> Pinchando <input type="checkbox"/> Movimientos de percusión <input type="checkbox"/> Discriminación sensorial <input type="checkbox"/>
Dificultades al dormir y de la función sensual: Capaz de tener una noche de sueño normal y descansada <input type="checkbox"/> capaz de participar en actividad sexual normal y deseada <input type="checkbox"/>	Actividades adicionales de información de vida diaria:

Firma Paciente: _____

Fecha: _____