

Nombre del Paciente:

Patient History Integrated Spinal Solutions, PC

Teléfono: (775) 828-9665

Fax: (775) 828-7605

Cuanto tiempo lleva experimentando su queja?	<input type="checkbox"/> 1 día	<input type="checkbox"/> 2 días	<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> 1 Mes	<input type="checkbox"/> Messes	<input type="checkbox"/> Años		
La Causa:	<input type="checkbox"/> Accidenté de Carro <input type="checkbox"/> Caída	<input type="checkbox"/> En Casa <input type="checkbox"/> Lesión Atlética	<input type="checkbox"/> Causa de Trabajo <input type="checkbox"/> Después de cirugía	<input type="checkbox"/> Otro					
Alguna vez tuvo una lesión o queja similar en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si : _____ _____ _____						<input type="checkbox"/> No		
Tratamiento previo:	<input type="checkbox"/> Visitas de urgencias	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Otro					
Imágenes previas:	<input type="checkbox"/> Radiografías	<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnéticas	<input type="checkbox"/> Análisis de EMG	Centro de imágenes:				
Calidad de dolor:	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Irradia a las piernas <input type="checkbox"/> Irradia a los brazos	<input type="checkbox"/> Descarga Eléctrica/Toques <input type="checkbox"/> Dolor agudo <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Calambres <input type="checkbox"/> Picadura/Punzadas	<input type="checkbox"/> Puñaladas <input type="checkbox"/> Palpitación					
Me siento peor:	<input type="checkbox"/> De Pie <input type="checkbox"/> Sentada/o	<input type="checkbox"/> Acostada/o <input type="checkbox"/> Caminando de subida	<input type="checkbox"/> Caminando de bajada <input type="checkbox"/> Al doblar su cuerpo	<input type="checkbox"/> Levantamiento <input type="checkbox"/> Otro					
Me siento mejor:	<input type="checkbox"/> De Pie <input type="checkbox"/> Sentada/o	<input type="checkbox"/> Acostada/o ala derecha <input type="checkbox"/> Acostada/o ala izquierda	<input type="checkbox"/> Doblar hacia adelante <input type="checkbox"/> Cambiar posiciones	<input type="checkbox"/> Otro					
Historial clínica:	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Familia
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exposición Toxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el pasado liste todo:	<input type="checkbox"/>	Lesiones /accidentes de trabajo:							
	<input type="checkbox"/>	Accidentes de vehículo:							
	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones:							
	<input type="checkbox"/>	Cirugías: Huesos rotos: Fracturas:							

Nombre del Paciente:

Ha experimentado recientemente....

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otro dolor de la articulaciones | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor Torácico |
| <input type="checkbox"/> Opresión | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Sudoración |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Disminución de energía | <input type="checkbox"/> Cambios en la visión |
| <input type="checkbox"/> Perdida de el equilibrio | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Cambios en la audición |
| <input type="checkbox"/> La falta de coordinación | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Dolor nocturno |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Bulto nuevo en el cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Movimiento intestinal doloroso |
| <input type="checkbox"/> Sangre o Orina de color oscuro | <input type="checkbox"/> Dificultad Para respirar | <input type="checkbox"/> dolor al orinar |

Disfunción intestinal o vesical presente?

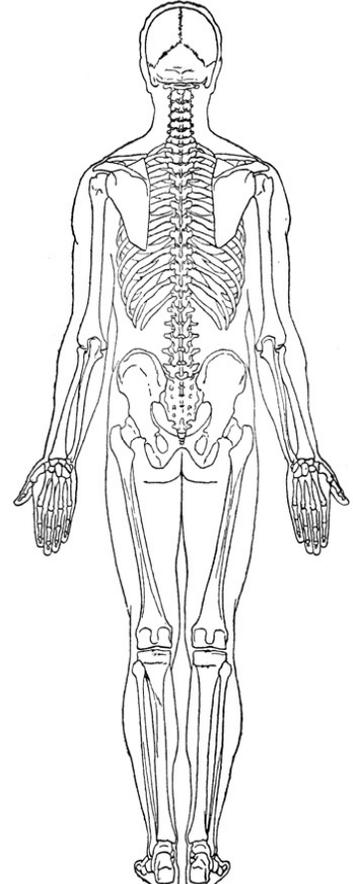
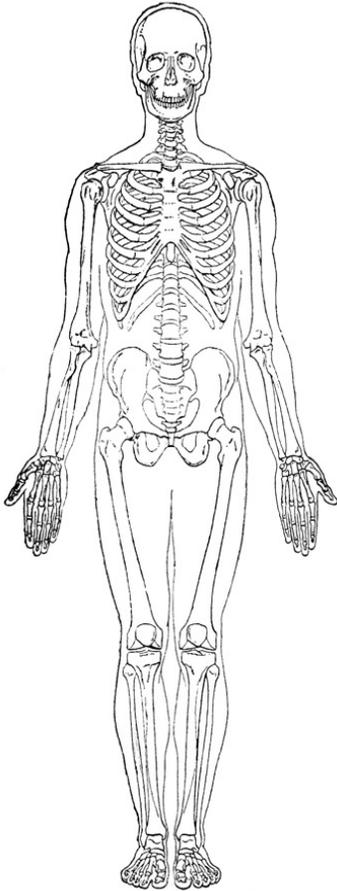
- No
 Si: _____

A continuación, por favor marque las aéreas en el diagrama de síntomas.

Marque todas las áreas en las que actualmente tiene dolor:

Severidad
 0 = Ningún dolor 10 = Dolor más intenso

Frecuencia
 0% = Absente 100% = Constante



INTEGRATED SPINAL SOLUTIONS, PC

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN

Acuerdo a la política financiera

Estoy de acuerdo en que me cobren una **tarifa por cita perdida de \$30.00** si pierdo una cita sin avisar con al menos **24 horas** de anticipación. Entiendo que como padre o tutor, soy responsable del pago completo de la atención de mi hijo. Además, entiendo que para los menores no acompañados, el pago completo aún se requiere al momento del servicio. Si tengo cobertura de seguro, asigno directamente a Integrated Spinal Solutions, PC todos los beneficios médicos, si los hay, que me sean pagados por los servicios prestados. También entiendo que hay un cargo de interés mensual del 1.5% sobre cualquier saldo impago que tenga más de un (1) mes de antigüedad. Es a discreción del médico cobrar o anular dicha tarifa y dependerá del historial de pagos de la cuenta. Al firmar a continuación, acepto que si mi cuenta se remite a una agencia de cobranza o a un abogado para cobros, seré directamente responsable de pagar todos los honorarios razonables de abogados, otros honorarios legales y / o cualquier y todos los gastos de cobro.

El paciente acepta la responsabilidad de los reembolsos v aprobaciones de seguros

Acepto la responsabilidad de conocer los límites y requisitos de mi póliza. Además, acepto la responsabilidad de solicitar autorización previa, facturar y cobrar el reembolso de mi compañía de seguros, si corresponde. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre las compañías de seguros y yo. Además, entiendo que Integrated Spinal Solutions, PC no es de ninguna manera una garantía de cobertura o reembolso de parte de mi compañía de seguros. Además, entiendo que mi seguro de salud será facturado como una cortesía pero que soy el responsable final del pago. Entiendo que algunos o quizás todos los servicios que recibo pueden no ser considerados razonables y necesarios bajo el programa de Medicare y / u otros planes de seguro. Entiendo que las reclamaciones de seguros que tengan más de 90 días de antigüedad y que no se hayan pagado se convertirán en mi responsabilidad. Con mi presencia y la continuación de las citas, doy mi consentimiento y elijo la atención brindada por Integrated Spinal Solutions...

El paciente revelará de manera veraz v completa el estado de salud e historial

Por la presente declaro que toda la información que brindo a través de este documento incluye Integrated Espinal Solutivos, y / o su personal serán completos y veraces. No tergiversaré mi presencia, naturaleza, gravedad o causa de mis lesiones. Además, declaro que divulgaré completamente mi historial de salud y autorizaré la divulgación de todos los registros médicos pasados a Integrated Spinal Solutions, Me presento solo por razones de salud y no es mi intención engañar, defraudar o coaccionar a esta oficina ni a ningún tercero, ni a tergiversarme de ninguna manera. Estoy de acuerdo y, por la presente, doy mi consentimiento a Integrated Spinal Solutions, para divulgar y compartir cualquier información relacionada con la resolución de mi caso o el pago de una reclamación.

El paciente consiente en cuidar v acepta la responsabilidad

Consiento las recomendaciones y el cuidado del médico y otros proveedores de soluciones integrales para la columna vertebral, para mí (o para mis hijos si son menores de edad), incluidos, entre otros, exámenes, radiografías, ajustes quiroprácticos, rehabilitación y Terapia física para el manejo del dolor y / o salud del comportamiento. Entiendo que mi atención será individualizada para mí y, por lo tanto, puede que no sea comparable a las normas o pautas utilizadas o exigidas por las compañías de seguros, asociados profesionales y / o grupos de consenso. Entiendo que mi tratamiento cumplirá con los riesgos inherentes. Estos riesgos, aunque raros, podrían ocurrir desde una agravación menor de la condición actual hasta condiciones graves como un accidente vascular cerebral o la muerte. Estoy firmando este consentimiento después de haber sido informado a mi entera satisfacción por los médicos y proveedores de Integrated Spinal Solutions, y / o su personal de los riesgos y beneficios de la atención y los riesgos y beneficios de no teniendo el tratamiento recomendado. He sido informado y entiendo completamente que no hay garantías de éxito en el tratamiento. Con mi presencia y la continuación de las citas, doy mi consentimiento y elijo la atención brindada por los médicos y proveedores de Integrated Spinal Solutions, y / o su personal.

Límites v responsabilidades de Medicare Aviso anticipado

El único cargo por quiropráctica que cubre Medicare es la manipulación manual de la columna vertebral. También entiendo que Medicare requiere que se realice un examen inicial, pero no ofrece ningún pago por ello. Acepto la responsabilidad de pagar por todos los servicios cubiertos, no cubiertos o denegados. Acepto la responsabilidad de conocer las pautas y límites actuales de Medicare para los servicios cubiertos. Mi médico me ha notificado que él cree que, en mi caso, es probable que Medicare rechace el pago de algunos servicios. Si Medicare niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago. Entiendo que debo pagar los servicios al momento del tratamiento. También entiendo que Integrated Spinal Solutions, facturará todos los cargos directamente a Medicare según lo exige la ley. Autorizo la divulgación de mis registros según sea necesario para la facturación de Medicare. He leído, entiendo y acepto las disposiciones y términos de aceptación. Este acuerdo entrará en vigencia al momento de la firma y será irrevocable por la totalidad del tratamiento realizado por el médico.

Nombre de Paciente (letra de molde por favor): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA EL DOLOR DE ESPALDA BAJA (OSWESTRY)

Por favor, lea: Este cuestionario está diseñado para permitirnos entender cuánto su dolor de espalda baja ha afectado su capacidad para manejar sus actividades cotidianas. Por favor, responda cada sección rodeando la (UNA OPCION) que más se aplica a usted. Nos damos cuenta de que usted puede sentir que más de una declaración puede relacionarse con usted, pero por favor, sólo Marque la única opción que describe más de cerca su problema en este momento.

<p>SECCION 1 - Intensidad del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - El dolor va y viene y es muy suave</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - El dolor es leve y no varía mucho</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor va y viene y es moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor es moderado y no varía mucho</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor va y viene y es severo</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - El dolor es severo y no varía mucho</p>	<p>SECCION 6 - De Pie</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo aguantar todo el tiempo que quiera sin dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Tengo un poco de dolor, pero no aumenta con el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No puedo aguantar más de una hora sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No puedo aguantar más de 1/2 hora sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - No puedo aguantar más de 10 minutos sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Evito estar de pie porque aumenta el dolor inmediatamente</p>
<p>SECCION 2 - Cuidado Personal</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo que cambiar la manera de mi aseo personal o vestirme para evitar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Normalmente no la manera de mi aseo personal o vestirme aunque cause algo de dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Hacerme el aseo personal o vestirme aumenta el dolor, pero logro no cambiar la manera de hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Hacerme el aseo personal o vestirme aumenta el dolor y me obliga a cambiar mi modo de hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Debido al dolor, no puedo hacer mi aseo personal sin algún tipo de ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Debido al dolor, soy incapaz de hacer mi aseo personal o vestirme sin ayuda</p>	<p>SECCION 7 - Al Dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo dolor estando acostado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Tengo dolor acostado/a, pero no me impide dormir bien.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Debido al dolor, mi sueño normal se reduce a menos de 1/4</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Debido al dolor, mi sueño normal se reduce a menos de 1/2</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Debido al dolor, mi sueño normal se reduce a menos de 3/4</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - El dolor me impide dormir</p>
<p>SECCION 3 - Levantamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo levantar pesos pesados sin dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo levantar pesos pesados pero me causa dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo, pero lo logro si están convenientemente colocados ej.: En una mesa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor me impide levantar pesos pesados, puedo levantar pesos ligeros o medianos si están colocados convenientemente</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Solo puedo levantar pesos muy ligeros a los mas</p>	<p>SECCION 8 - Vida Social</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Mi vida social es normal y no me causa dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Mi vida social es normal pero aumenta el grado de mi dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social, aparte de limitar mis intereses más energéticos ej. Bailar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor ha restringido mi vida social a solo estar en mi hogar</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Casi no tengo vida social por el dolor</p>
<p>SECCION 4 - Caminando</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo dolor al caminar</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - tengo un poco de dolor al caminar pero no aumenta con la distancia</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - No puedo caminar más de una milla sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No puedo caminar más de 1/2 milla sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - No puedo caminar más de 1/4 millas sin aumentar el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo caminar en absoluto sin aumentar el dolor</p>	<p>SECCION 9 - Viajar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo dolor mientras viajo</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Tengo un poco de dolor mientras viajo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Tengo dolor extra mientras viajo, pero no me obliga a buscar opciones alternativas para viajar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Mi dolor aumenta mucho cuando viajo, por la que me obliga a buscar formas alternativas para viajar</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor previene toda forma de viaje</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - El dolor previene toda forma de viaje excepto las que se hacen acostados</p>
<p>SECCION 5 - Sentada/o</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo sentarme en cualquier silla el tiempo que me guste</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo sentarme en mi silla favorita el tiempo que me guste</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor me impide sentarme más de un hora</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor me impide sentarme más de 1/2 hora</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor me impide sentarme más de 10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Evito sentarme porque aumenta el dolor de inmediato</p>	<p>SECCION 10 - Cambio de grado en su dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Mi dolor está mejorando rápidamente</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Mi dolor fluía pero en general está mejorando</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - mi dolor parece estar mejorando, pero la mejoría es lenta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Mi dolor no está mejorando ni empeorando</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Mi dolor empeora gradualmente</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Mi dolor empeora rápidamente</p>

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Espalda Baja

INCAPACIDAD DEL CUELLO

POR FAVOR LEA: Este cuestionario está diseñado para permitirnos entender cuanto su **DOLOR DE CUELLO** ha afectado su capacidad para manejar sus actividades cotidianas. Por favor responda a cada sección y escoja la opción que mas aplica a usted. Nos damos cuenta de que usted puede sentir que más de una opción puede relacionarse con usted, **POR FAVOR SOLO MARQUE LA OPCION QUE DESCRIBE MAS DE CERCA SU PROBLEMA EN ESTE MOMENTO!**

<p>SECCION 1 - Intensidad del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo dolor en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - El dolor es muy leve en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor es moderado en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor es bastante severo en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - El dolor es muy severo en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - El dolor es lo peor imaginable en este momento</p>	<p>SECCION 6 - La Concentración</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo concentrarme completamente cuando quiero con una leve dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Tengo un grado de dificultad justo en concentrarme cuando quiero</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Tengo muchas dificultades para concentrarme cuando quiero</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Tengo una gran cantidad de dificultad en concentrarme cuando quiero</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo concentrarme en absoluto</p>
<p>SECCION 2 - Cuidado Personal</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo Cuidar de mi mismo normalmente sin causar dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo cuidar de mi mismo, pero causa dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Es doloroso cuidar de mi mismo; soy lenta/o y cuidadosa/o</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Necesito ayuda pero administro la mayor parte de mi cuidado personal.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi cuidado personal.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No me visto; Me aseo con dificultad y me quedo en la cama.</p>	<p>SECCION 7 - Trabajar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo trabajar lo más que yo quiera</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no mas</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo, pero no mas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No puedo hacer mi trabajo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Casi no puedo hacer ningún trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo hacer ningún trabajo</p>
<p>SECCION 3 - Levantamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo levantar pesos pesados sin dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo levantar pesos pesados pero me causa dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - El dolor me impide levantar pesos pesados del suelo, pero lo logro si están convenientemente colocados ej.: En una mesa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Puedo levantar pesos ligeros</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo levantar nada</p>	<p>SECCION 8 - Al Manejar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo conducir mi vehículo sin dolor de cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo conducir mi vehículo con dolor de cuello leve</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Puedo conducir mi vehículo con dolor de cuello moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No puedo conducir todo el tiempo debido a mi dolor de cuello moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Apenas puedo conducir debido al dolor severo en mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Me hace imposible conducir mi vehículo</p>
<p>SECCION 4 - Al Leer</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Puedo leer todo lo que yo quiera sin dolor en el cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Puedo leer todo lo que quiera con poco de dolor en el cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Puedo leer todo lo que quiera con dolor de cuello moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - No puedo leer tanto como quisiera a causa del dolor moderado</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Apenas puedo leer debido al dolor severo de mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo leer en absoluto</p>	<p>SECCION 9 - Al Dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo problemas para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Mi sueño está ligeramente perturbado (menos de 1 hora de insomnio)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Mi sueño está levemente perturbado (1-2 horas de insomnio)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Mi sueño está moderadamente perturbado (2-3 horas de insomnio)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas de insomnio)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Mi sueño está completamente perturbado (5-7 horas de insomnio)</p>
<p>SECCION 5 - Dolores de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - No tengo dolores de cabeza en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Tengo dolores de cabeza leves que vienen con poca frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Tengo dolores de cabeza leves que vienen con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo</p>	<p>SECCION 10 - Actividades Recreativas</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas, con un poco de dolor en mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Soy capaz de participar en la mayoría de mis actividades recreativas debido al dolor en mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Soy capaz de participar en algunas de mis actividades recreativas debido al dolor en mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - Casi no puedo hacer ninguna actividad recreativa debido al dolor de mi cuello</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto</p>

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente: _____ *Cuello*