

## Patient Information

(PLEASE PRINT LEGIBLY) *Por favor, imprima legiblemente*

Today's Date *La fecha de hoy:* \_\_\_\_\_ Email Address *Dirección de correo electrónico:* \_\_\_\_\_

Last Name *Último Nombre:* \_\_\_\_\_ First Name *Nombre de primera:* \_\_\_\_\_ MI IM: \_\_\_\_\_

Mailing Address *Dirección postal:* \_\_\_\_\_

City *Ciudad* \_\_\_\_\_ State *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Código postal* \_\_\_\_\_

Home Phone *Teléfono de casa:* \_\_\_\_\_ Cell Phone *Teléfono móvil:* \_\_\_\_\_

Work Phone *Teléfono del trabajo* \_\_\_\_\_

DOB *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_ Age *Vejez:* \_\_\_\_\_ Sex *Sexo:* \_\_\_\_\_

If the patient is a dependent *Si el paciente es dependiente* (select one *Selecciona uno*):

Natural Child *Niño natural* Step Child *Hijastro* Foster Child *Niño adoptivo* Grand Child *Nieta* Niece/Nephew  
*Sobrina/Sobrino* Ward of the Court *Sala del tribunal* Handicapped Dependent *Dependiente para discapacitados*  
Single *Unidad* Married *Casado* Widowed *Viuda* Separated *Separado* Divorced *Divorciado*

Patient Social Security Number *Número de seguro social del paciente* \_\_\_\_\_

Student *Estudiante* Yes *Sí* No

Patient's Employer *Empleador del paciente* \_\_\_\_\_ Full Time *Tiempo completo*

Part Time *tiempo parcial* Occupation *Profesión* \_\_\_\_\_

Employer Address *Dirección del empleador* \_\_\_\_\_

City *Ciudad* \_\_\_\_\_ State *Estado* \_\_\_\_\_ Zip *Código postal* \_\_\_\_\_ Phone *Teléfono* \_\_\_\_\_

Primary Physician *Médicos de primaria* \_\_\_\_\_

Referring Physician *Médicos remitentes* \_\_\_\_\_

Diagnosis *Diagnóstico* \_\_\_\_\_ Date of Injury/Onset *Fecha de lesión/inicio* \_\_\_\_\_

Spouse/Guardian/Parent Name *Nombre del cónyuge/tutor/padre* \_\_\_\_\_ Relationship *Relación* \_\_\_\_\_

DOB *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_ Social Security Number *Número de seguro social* \_\_\_\_\_ Phone

*Teléfono* \_\_\_\_\_ Mailing Address *Dirección postal* \_\_\_\_\_

City *Ciudad* \_\_\_\_\_ State *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Código postal* \_\_\_\_\_

Employer *Empleador* \_\_\_\_\_ Occupation *Profesión* \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name *Contacto de emergencia* \_\_\_\_\_ Phone *Teléfono:* \_\_\_\_\_

### INSURANCE *Seguro*

Who is responsible for this account? *¿Quién es el responsable de esta cuenta?* \_\_\_\_\_

Relationship to Patient *Relación con el paciente* \_\_\_\_\_

Primary Insurance *Seguro primario* \_\_\_\_\_

City *Ciudad* \_\_\_\_\_ State *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Código postal* \_\_\_\_\_

ID/Case# *ID/Caso#* \_\_\_\_\_ Group# *Grupo#* \_\_\_\_\_

Insured Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

Secondary Insurance *Seguro secundario* \_\_\_\_\_

City *Ciudad* \_\_\_\_\_ State *Estado* \_\_\_\_\_ ZIP *Código postal* \_\_\_\_\_

ID/Case# *ID/Caso#* \_\_\_\_\_ Group# *Grupo#* \_\_\_\_\_

Are you or could you be pregnant? ¿Estás o podrías estar embarazada? Yes Sí No

Tobacco Use? ¿Consumo de tabaco? Yes Sí No How often? ¿frecuencia? \_\_\_\_\_

Are you allergic to ¿Alérgico?: Adhesive tape *Cinta adhesiva*: Yes Sí No Any medication *Cualquier medicamento*: Yes Sí No  
If "YES" please list *En caso afirmativo, por favor enumere* \_\_\_\_\_

Please list surgical procedures *Enumere los procedimientos quirúrgicos* \_\_\_\_\_

Other pertinent information *Otra información del paciente*: \_\_\_\_\_

YOUR Medical History *TU historial médico*

Please indicate if YOU have a history of the following *Por favor, indique si USTED tiene un historial de lo siguiente*:

Alcohol Abuse <i>Alcoholismo</i>	Heart Disease <i>Cardiopatía</i>	Neuritis or Neuralgia <i>Neuritis o neuralgia</i>
Anaphylaxis <i>Anafilaxia</i>	Heart Pain/Angina <i>Dolor cardíaco/angina</i>	Osteoporosis
Anemia	Heart Palpitations <i>Problemas cardíacos</i>	Polio
Anesthetic Complication <i>Complicación anestésica</i>	Hepatitis A	Prostate Cancer <i>Cáncer de próstata</i>
Anxiety Disorder <i>Síndrome de ansiedad</i>	Hepatitis B	Rectal Cancer <i>Cáncer de recto</i>
Arthritis <i>Artritis</i>	Hepatitis C	Seizures/Convulsions <i>Convulsiones</i>
Asthma <i>Asma</i>	High Blood Pressure <i>Presión arterial alta</i>	Severe Allergy <i>Alergia severa</i>
Autoimmune Problems <i>Problemas autoinmunes</i>	High Cholesterol <i>Colesterol alto</i>	Sexually Transmitted Disease <i>Enfermedad de transmisión sexual</i>
Birth Defects <i>Defectos de nacimiento</i>	HIV/VIH	Shortness of Breath <i>Falta de aire</i>
Bladder Problems <i>Problemas de vejiga</i>	Hives <i>Urticaria</i>	Sprains <i>Esguinces</i>
Bleeding Disease <i>Enfermedad hemorrágica</i>	Joint Dislocations <i>Dislocación conjunta</i>	Skin Cancer <i>Cáncer de piel</i>
Blood Clots/DVT <i>Coágulos de sangre/TVP</i>	Kidney Disease <i>Enfermedad renal</i>	Steroid Use <i>Consumo de esteroides</i>
Blood Transfusions(s) <i>Transfusión(es) de sangre</i>	Lacerations <i>Laceraciones</i>	Steven-Johnson Syndrome <i>Síndrome de steven-johnson</i>
Bowel Disease <i>Enfermedad intestinal</i>	Liver Cancer <i>Cáncer de hígado</i>	Stroke <i>Derrame cerebral</i>
Breast Cancer <i>Cáncer de mama</i>	Liver Disease <i>Enfermedad hepática</i>	Suicide Attempts <i>Intentos de suicidio</i>
Broken/Cracked Bones <i>Huesos rotos/craqueados</i>	Loose Joints <i>Juntas sueltas</i>	Swelling of the Hand/Fect/Ankles <i>Hinchazón de la mano/tarifa/tobillo</i>
Bursitis, Sciatica or Lumbago <i>Bursitis, ciática o Lumbago</i>	Lung/Respiratory Disease <i>Enfermedad pulmonar/respiratoria</i>	TB(Tuberculosis)
Cervical Cancer <i>Cáncer cervical</i>	Lung Cancer <i>Cáncer de pulmón</i>	Thyroid Problems <i>Problemas tiroideos</i>
Chest Pain <i>Dolor en el pecho</i>	Low Blood Pressure <i>Presión arterial baja</i>	Ulcer <i>Úlcera</i>
Concussion/Head Injury <i>Conmoción cerebral/lesión en la cabeza</i>	Major Traumatic Injury <i>Lesión traumática grave</i>	
Colon Cancer <i>Cáncer de colon</i>	Marfan's Syndrome <i>Síndrome de Marfan</i>	Other Disease, Cancer
Depression <i>Depresión</i>	Mental Illness <i>Enfermedad mental</i>	/Significant Medical Illness <i>Otra enfermedad, cáncer/enfermedad médica significativa</i>
Diabetic <i>Diabético</i>	Migraines <i>Migrañas</i>	
Heart Attack <i>Ataque al corazón</i>	MRSA Infection or Colonization.	NONE of the above <i>Nada arriba</i>

FAMILY Medical History *Antecedentes médicos familiares* Please indicate if YOUR FAMILY has a history of the

following: *Por favor, indique si SU FAMILIA tiene antecedentes de lo siguiente:* (ONLY include parents, grandparents, siblings, and children) (SOLO indique padres, abuelos, hermanos e hijos)

---

**Family History Unknown** *Historia familiar desconocida*

**Alcohol Abuse**

*Alcoholismo*

**Anaphylaxis** *Anafilaxia*

**Anemia**

**Breast Cancer** *Cáncer de mama*

**Colon Cancer** *Cáncer de colon*

**Depression** *Depresión*

**Migraines** *Migrañas*

**Osteoporosis**

**Rectal Cancer** *Cáncer de recto*

**Anesthetic Complication**

*Complicación anestésica*

**Arthritis** *Artritis*

**Diabetes** *Diabético*

**Heart Disease** *Cardiopatía*

**Seizures/Convulsions** *Convulsiones*

**Severe Allergy** *Alergia severa*

**Asthma** *Asma*

**High Blood Pressure** *Presión arterial alta*

**Steven-Johnson Syndrome** *Síndrome de steven-johnson*

**Bladder Problems**

*Problemas de vejiga*

**High Cholesterol** *Colesterol alto*

**Stroke** *Derrame cerebral*

**Bleeding Disease**

*Enfermedad hemorrágica*

**Kidney Disease** *Enfermedad renal*

**Thyroid Problems** *Problemas tiroideos*

**Blood Clots/DVT**

*Coágulos de sangre/TVP*

**Lung/Respiratory Disease**  
*Enfermedad pulmonar/respiratoria*

**Other Cancer** *Otro cáncer*

**None of the Above** *Nada arriba*

---

Date *Fecha*:

Patient Name *Nombre del paciente*:

Height and Weight <i>Estatura y peso</i>	Height <i>Estatura</i> : Weight <i>Peso</i> :
Date of Injury <i>Fecha de la lesión</i>	
Where on your body? <i>¿Dónde de tu cuerpo?</i>	
Chief Complaint <i>Queja principal</i> :	What happened? <i>¿Qué pasó?</i>  How long has this been going on? <i>¿Cuánto tiempo lleva pasando esto?</i>  Where? <i>¿Dónde?</i>
What goals would you like to accomplish with therapy? <i>¿Qué objetivos te gustaría lograr con la terapia?</i>	
How is your general health? <i>¿Qué tal tu salud general?</i>	
Medical History <i>Historia clínica</i>	Cancer/Pacemaker/Seizures? <i>¿Cáncer/marcapasos/recuenciadores?</i> List anything you have been treated for: <i>Enumere cualquier cosa por la que haya sido tratada:</i>
Pain Rating <i>Grado de dolor</i>	Worst <i>Pero</i> : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Current <i>Actual</i> : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Best <i>Mejor</i> : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  Better with <i>Mejor con</i> :  Worse with <i>Peor con</i> :

X-ray/MRI/Injections <i>RAYOS X/IRM/Inyecciones</i>	List any diagnostic tests you have had <i>Enumere cualquier prueba de diagnóstico que se haya realizado:</i>
Medications <i>Medicina:</i>	List your current medications and why <i>Enumere sus medicamentos actuales y por qué:</i>

Welcome! Thank you for selecting our office. It is our goal to provide your physical therapy needs as thoroughly and efficiently as possible. To do that, we need to work with you as a team.

As part of the team you need to know and understand a few things. Before we begin, we will discuss and explain our treatment plan. Depending on your progress the plan may need to be changed. An estimate of the total fee for your treatment is virtually impossible because we cannot tell how long it will take you to progress. We will be able to tell you how much each treatment costs. If you are uncertain of any change or cost feel free to ask. We are more than happy to answer your question. Your physician will then be contacted for permission to treat a new diagnosis.

Our policy regarding payment for our professional services is as follows:

- A: Cash, check or major credit card will be accepted at the time of treatment. Any account not paid in full 90 days after treatment will bear interest at the rate of 1.5% per month or 18% per annum.
- B: Treatment involving any laboratory work, braces, orthotics or prosthetic devices may require a percentage of the total fee be paid before treatment begins or the device is ordered. This is necessary to cover the laboratory fees or the cost of the device we must pay in advance.
- C: In the event we have to use an attorney to collect any unpaid balance due for services to you or your family by signing the information form upon your first visit you agree to pay all costs of collection, including all attorney fees whether suit is filed or not.

**INSURANCE:** As a courtesy to our patients we will file your primary insurance and secondary insurance. Please check your insurance policy prior to service to be sure physical therapy / occupational therapy is covered.

#### **MEDICARE:**

North Platte Physical Therapy accepts Medicare assignment, Medicare payment will be made directly to the provider. The provider agrees to accept the Medicare approved amount as full payment for covered services. The beneficiary may be billed for the 20% coinsurance, any unmet deductible and for services not covered by Medicare. A Doctor's referral is required every 30 days..

Medicare Part B helps pay for medically necessary outpatient physical and occupational therapy services. There are limits on these services.

The therapy cap limits for 2022 are:

- \$2,150.00 for physical therapy
- \$2,150.00 for occupational therapy

Softgoods or Durable Medical Equipment are not a covered benefit (ie, knee brace, orthotics, back brace). Medicare requires that patients see their physician every 30 days.

#### **MEDICAID:**

There is a 20 visit limit for all Medicaid patients. Softgoods or Durable Medical Equipment are not a covered benefit (ie, knee brace, orthotics, back brace).

#### **WORKERS' COMPENSATION:**

We will process Workers' Compensation; however, you are required to let us know that you have a workers' compensation claim, and you must provide us with your case number, date of injury,

social security number and employer's address. If we do not receive a case number from you, or if your claim is denied you will be responsible for all charges incurred. If your case is under objection you will receive a bill from us until your case is resolved. You must be in constant contact with your caseworker. If there is new information please let us know.

#### CAR INSURANCE:

Stay in contact with your claims adjuster. If there is new information please let us know.

#### AUTHORIZATION AND/OR REFERRAL REQUIRED

YES – REFERRAL IS REQUIRED FOR ALL INSURANCES.

IF IT IS WORKERS' COMPENSATION AUTHORIZATION IS REQUIRED.

We at North Platte Physical Therapy strive to help you with all your insurance questions or concerns. As a reminder, any benefits quoted are not a guarantee of benefits. By signing this form, you are responsible for all accrued charges during your treatment at North Platte Physical Therapy.

*¡Bienvenido! Gracias por seleccionar nuestra oficina. Nuestro objetivo es proporcionar sus necesidades de fisioterapia de la manera más exhaustiva y eficiente posible. Para hacer eso, necesitamos trabajar con usted como equipo.*

*Como parte del equipo, necesitas saber y entender algunas cosas. Antes de comenzar, discutiremos y explicaremos nuestro plan de tratamiento. Dependiendo de su progreso, es posible que deba cambiar el plan. Una estimación de la tarifa total por su tratamiento es prácticamente imposible porque no podemos decir cuánto tiempo le llevará progresar. Podremos decirle cuánto cuesta cada tratamiento. Si no está seguro de cualquier cambio o costo, no dude en preguntar. Estamos encantados de responder a su pregunta. Luego se contactará con su médico para obtener permiso para tratar un nuevo diagnóstico.*

*Nuestra política con respecto al pago de nuestros servicios profesionales es la siguiente:*

*R: Se aceptará efectivo, cheque o tarjeta de crédito importante en el momento del tratamiento. Cualquier cuenta que no se pague en su totalidad 90 días después del tratamiento generará intereses a razón del 1,5 % por mes o del 18 % anual.*

*B: El tratamiento que implique cualquier trabajo de laboratorio, aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos o protésicos puede requerir que se pague un porcentaje de la tarifa total antes de que comience el tratamiento o se ordene el dispositivo. Esto es necesario para cubrir los honorarios de laboratorio o el costo del dispositivo que debemos pagar por adelantado.*

*C: En el caso de que tengamos que usar un abogado para cobrar cualquier saldo pendiente de pago por los servicios a usted o a su familia firmando el formulario de información en su primera visita, usted acepta pagar todos los costos de cobro, incluidos todos los honorarios del abogado, ya sea que se presente o no una demanda.*

*SEGURO: Como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos su seguro primario y secundario. Consulte su póliza de seguro antes del servicio para asegurarse de que la fisioterapia / terapia ocupacional esté cubierta.*

#### **MEDICARE:**

*North Platte Physical Therapy acepta la asignación de Medicare, el pago de Medicare se realizará directamente al proveedor. El proveedor acepta aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos. Al beneficiario se le puede facturar el coaseguro del 20%, cualquier deducible no satisfecho y por los servicios no cubiertos por Medicare. Se requiere la remisión de un médico cada 30 días.*

*Medicare Parte B ayuda a pagar los servicios de terapia física y ocupacional ambulatorios médicamente necesarios. Hay límites en estos servicios.*

*Los límites del límite de terapia para 2022 son:*

*- 2.150,00 \$ para fisioterapia*

*- 2.150,00 \$ para terapia ocupacional*

*Los productos blandos o el equipo médico duradero no son un beneficio cubierto (es decir, rodillera, aparatos ortopédicos, soporte trasero). Medicare requiere que los pacientes vean a su médico cada 30 días.*

#### **MEDICAID:**

*Hay un límite de 20 visitas para todos los pacientes de Medicaid. Los productos blandos o el equipo médico duradero no son un beneficio cubierto (es decir, rodillera, aparatos ortopédicos, soporte trasero).*

#### **COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES:**

*Procesaremos la Compensación de Trabajadores; sin embargo, debe hacernos saber que tiene una reclamación de compensación de trabajadores, y debe proporcionarnos su número de caso, fecha de lesión,*

*Número de seguro social y dirección del empleador. Si no recibimos un número de caso de usted, o si se deniega su reclamación, será responsable de todos los cargos incurridos. Si su caso está sujeto a objeciones, recibirá una factura nuestra hasta que se resuelva su caso. Debe estar en contacto constante con su trabajador social. Si hay nueva información, háganoslo saber.*

#### **SEGURO DE COCHE:**

*Manténgase en contacto con su ajustador de reclamaciones. Si hay nueva información, háganoslo saber.*

#### **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN Y/O REMISIÓN**

**SÍ, SE REQUIERE REMISIÓN PARA TODOS LOS SEGUROS.**

**SI SE TRATA DE UNA AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, SE REQUIERE.**



*En North Platte Physical Therapy nos esforzamos por ayudarlo con todas sus preguntas o inquietudes sobre seguros. Como recordatorio, cualquier beneficio cotizado no es una garantía de beneficios. Al firmar este formulario, usted es responsable de todos los cargos acumulados durante su tratamiento en North Platte Physical Therapy.*

---

Patient Signature *Firma del paciente*

Date *fecha*

---

Office Staff Signature *Firma del personal de oficina*

Date *Fecha*

**MEDICARE ONE TIME AUTHORIZATION:**

I \_\_\_\_\_, request that payment of authorized Medicare benefits be made to North Platte Physical Therapy on my behalf for any services, physical therapy or softgoods, furnished to me by North Platte Physical Therapy. I authorize North Platte Physical Therapy to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or benefits payable for related services. If "other health insurance" is indicated in item 9 of the HCFA-1500 in the form of, or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorized release of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, North Platte Physical Therapy agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full coverage. The patient is responsible only for the deductible, coinsurance, and noncovered services. Coinsurance and the deductible are based upon the character determination of the Medicare carrier.

**AUTORIZACIÓN ÚNICA DE MEDICARE:**

*I \_\_\_\_\_, solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se realice a North Platte Physical Therapy en mi nombre por cualquier servicio, fisioterapia o productos blandos, que me proporcione North Platte Physical Therapy. Autorizo a North Platte Physical Therapy a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 de la HCFA-1500 en forma de, o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autorizó la divulgación de la información a la aseguradora o agencia mostrada. En los casos asignados a Medicare, North Platte Physical Therapy acepta aceptar la determinación del cargo del transportista de Medicare como cobertura completa. El paciente es responsable solo de los servicios deducibles, coseguros y no cubiertos. La coincidencia y el deducible se basan en la determinación del carácter del transportista de Medicare.*

\_\_\_\_\_  
Beneficiary Signature *Firma del beneficiario*

\_\_\_\_\_  
Date *fecha*

**ASSIGNMENT AND RELEASE**

I, the undersigned certify that my dependent or I have insurance coverage with, \_\_\_\_\_

and assign directly to North Platte Physical Therapy all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize that North Platte Physical Therapy can release all information necessary to secure the payment of benefits. I further authorize North Platte Physical Therapy to contact the Insurance Commissioner on my behalf in the event of insurance problems. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN**

*Yo, el abajo firmante, certifica que mi dependiente o yo tenemos cobertura de seguro con, \_\_\_\_\_*

*Y asigne directamente a North Platte Physical Therapy todos los beneficios del seguro, si los hay, que de otro modo se me paguen por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por seguro. Por la presente autorizo que North Platte Physical Therapy pueda divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Además, autorizo a North*

*Platte Physical Therapy a ponerse en contacto con el Comisionado de Seguros en mi nombre en caso de problemas de seguro. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.*

---

Responsible Party Signature *Firma de la parte responsable*

---

Relationship *relación*

Date *Fecha*

-I HAVE READ THE ABOVE AND I AGREE TO THE TERMS.  
-I HEREBY ACKNOWLEDGE RECEIPT OF A COPY OF THIS FORM.  
-I HEREBY AUTHORIZE NORTH PLATTE PHYSICAL THERAPY TO PERFORM SUCH TREATMENTS AND PROCEDURES THE PHYSICIAN HAS ORDERED FOR TREATMENT.  
-I UNDERSTAND THAT NORTH PLATTE PHYSICAL THERAPY WILL HOLD ALL MY INFORMATION REGARDING MY CONDITION CONFIDENTIAL.  
-I HEREBY GIVE PERMISSION TO RELEASE NECESSARY INFORMATION TO MY INSURANCE COMPANY, ATTORNEY, MEDICAL DOCTOR, MEDICARE, MEDICAID OR WORKERS COMPENSATION.

*-HE LEÍDO LO ANTERIOR Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS.  
-POR LA PRESENTE ACUSE DE RECIBO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO.  
-POR LA PRESENTE AUTORIZO A LA FISIOTERAPIA DE NORTH PLATTE A REALIZAR DICHOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE EL MÉDICO HA ORDENADO PARA EL TRATAMIENTO.  
-ENTIENDO QUE LA FISIOTERAPIA DE NORTH PLATTE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL TODA MI INFORMACIÓN SOBRE MI CONDICIÓN.  
-POR LA PRESENTE DOY PERMISO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, ABOGADO, MÉDICO, MEDICARE, MEDICAID O COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES.*

---

Name of Patient (Print) *Nombre del paciente (imprimir)*

& Signature of RESPONSIBLE PARTY

*Firma de la PARTE RESPONSABLE*

# NORTH PLATTE PHYSICAL THERAPY

## STANDING AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION TO SPECIFIC PERSON(S)

*AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA LA LIBERACIÓN DE  
INFORMACIÓN A UNA(S) PERSONA(S) ESPECÍFICA(S)*

NAME Nombre: \_\_\_\_\_ DOB Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
ADDRESS Dirección: \_\_\_\_\_ SSN Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
PHONE Teléfono: \_\_\_\_\_

May we reach you or the below mentioned persons by phone? *¿Podemos comunicarnos con usted o con las personas mencionadas a continuación por teléfono?* \_\_\_\_\_

I authorize North Platte Physical Therapy to share information regarding my treatment, or payment for treatment, with the following individuals *Autorizo a North Platte Physical Therapy a compartir información sobre mi tratamiento, o el pago del tratamiento, con las siguientes personas:*

My spouse or partner (name) *Mi cónyuge o pareja(nombre)* \_\_\_\_\_  
My son or daughter (name) *Mi hijo o hija (nombre)* \_\_\_\_\_  
Other individual (name) *Otro individuo(nombre)* \_\_\_\_\_  
None *Ninguno*

### ACKNOWLEDGEMENT

I understand that any information disclosed by this authorization may be subject to disclosure by the recipient and will no longer be protected by HIPAA. The Facility and all personnel covered under this entity are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

### *Gratitud*

*Entiendo que cualquier información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la HIPAA. La Instalación y todo el personal cubierto por esta entidad quedan liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.*

### EXPIRATION

I understand that I may revoke this authorization by submitting a written notice to North Platte Physical Therapy. This notice will remain in effect until such time it is revoked.

### *Expiración*

*Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a North Platte Physical Therapy. Esta notificación permanecerá en vigor hasta que se revoque.*

PATIENT SIGNATURE *FIRMA DEL PACIENTE:* \_\_\_\_\_ DATE *Fecha:* \_\_\_\_\_

REPRESENTATIVE'S SIGNATURE *LA FIRMA DEL REPRESENTANTE* \_\_\_\_\_

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

RELATIONSHIP TO PATIENT IF NOT NAMED ABOVE *Relación con el paciente si no se menciona anteriormente:* \_\_\_\_\_

## NORTH PLATTE PHYSICAL THERAPY PHYSICAL/OCCUPATIONAL THERAPY

Certain restrictions may apply with your insurance company for Physical Therapy and Occupational Therapy services. We advise you to contact your insurance company by using the toll-free number on the back of your insurance card to verify coverage. Some questions you may want to ask are: *Ciertas restricciones pueden aplicarse con su compañía de seguros para los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional. Le recomendamos que se ponga en contacto con su compañía de seguros utilizando el número gratuito en el reverso de su tarjeta de seguro para verificar la cobertura. Algunas preguntas que tal vez quieras hacer son:*

1. Does my insurance cover Physical and/or Occupational Therapy Services? *¿Mi seguro cubre los servicios de terapia física y/o ocupacional?*
2. If under treatment of a Workers' Compensation claim, will Physical and/or Occupational Therapy Services be covered? **(These services must be authorized. If not, I understand I will be responsible.) I understand if I do not attend my appointment and I do not cancel, my employer will be notified.** *Si está bajo tratamiento de una reclamación de Compensación de Trabajadores, ¿se cubrirán los Servicios de Terapia Física y/o Ocupacional? (Estos servicios deben ser autorizados. Si no, entiendo que seré responsable.) Entiendo que si no asisto a mi cita y no cancelo, se notificará a mi empleador.*
3. How much of my \$2,150.00 PT / \$2,150.00 OT Medicare cap is remaining? **(I understand that supplies such as: Exercise Bands, Electrodes and Iontophoresis Patches are not covered by Medicare, and I am responsible for these purchases.)** *¿Cuánto de mi límite de Medicare de \$2,150.00 PT / \$2,150.00 OT? (Entiendo que suministros como: Bandas de ejercicio, electrodos y parches de iontoforesis no están cubiertos por Medicare, y soy responsable de estas compras).*
4. Are there any restrictions on where I can receive these services? *¿Hay alguna restricción sobre dónde puedo recibir estos servicios?*
5. Is this provider in network with my insurance? *¿Este proveedor está en red con mi seguro?*
6. Are there financial limitations on Physical Therapy services? *¿Hay limitaciones financieras en los servicios de fisioterapia?*
7. Does my insurance require prior authorization? *¿Mi seguro requiere autorización previa?*
8. Does my insurance cover "iontophoresis and phonophoresis"? **(You do need to ask this if you will be receiving these treatments.)** *¿Mi seguro cubre "iontoforesis y fonoforesis"? (Es necesario que pregunte esto si recibirá estos tratamientos).*
9. Does my insurance cover miscellaneous supplies I may receive such as: braces, splints, exercise bands, etc.? *¿Mi seguro cubre los suministros diversos que puedo recibir, como: aparatos ortopédicos, férulas, bandas de ejercicio, etc.?*
  - If I cannot make an appointment, it is my responsibly to call and cancel. I understand that if I do not call to cancel, I risk being removed from any further scheduled appointments that I've made. *Si no*

*puedo concertar una cita, es mi responsabilidad llamar y cancelar. Entiendo que si no llamo para cancelar, me arriesgo a ser eliminado de cualquier otra cita programada que haya hecho.*

- **I have read the above questions and understand it is my responsibility to check my insurance coverage.**

**(A copy of this form must be signed and will be place in the Patient's File) He leído las preguntas anteriores y entiendo que es mi responsabilidad verificar mi cobertura de seguro.**

*(Se debe firmar una copia de este formulario y se colocará en el archivo del paciente)*

---

Signature of Patient or Guardian if Patient is a Minor  
*Firma del paciente o tutor si el paciente es menor*

---

Date *Fecha*

**HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
North Platte Physical Therapy

Effective Date: April 14, 2003

<b>THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION PLEASE REVIEW IT CAREFULLY</b>
---

**WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE:**

North Platte Physical Therapy

**OUR PLEDGE REGARDING HEALTH INFORMATION:**

We are required by law to make sure that health information that identifies you is kept private; to give you this notice of our legal duties/privacy practices with respect to health information about you; and to follow the term of the notice that is currently in effect.

**HOW WE USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU:**

The following categories describe different ways that we use and disclose health information. Not every use of disclosure in a category will be listed. However, all of the ways are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

**For Treatment:** We may use health information about you to provide you with health care treatment or services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, health students, or other personnel who are involved in taking care of you. They may work at our offices, at a doctor's office or other health care providers to whom we may refer you. For example, we may contact your physician's office and speak with a nurse regarding any concern we may have about unusual swelling associated with your ankle rehabilitation.

**For Payment:** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive from us may be billed to and payment collected from you, an insurance company, or a third party. For example, we may need to give your health plan information about your visit so your health plan will pay us to reimburse you for your treatment.

**For Health Care Operations:** We may use and disclose health information about you for operations of our facility. These uses and disclosures are necessary to run our practice and make sure that all of our patients receive quality care. For example, we may use health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you and documenting that care.

**As Required By Law:** We will disclose health information about you when required by federal, state, or local law.

**Military or Veterans:** If you are a member of the armed forces or separated/discharged from military services, we may release health information about you as required by military command authorities of the Department of Veterans Affairs as may be applicable.

**Workers' Compensation:** We may release health information about you for Workers' Compensation or other similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**Public Health Risks:** We may disclose health information about you for public health activities. These activities generally include but are not restricted to reporting reactions to medications or problems with products and notifying people of recalls of products they may be using.

**Health Oversight Activities:** We may disclose health information about you to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include audits, investigations, and licensure.

**Lawsuits and Disputes:** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a court order, subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

**Law Enforcement:** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official in response to a court order, subpoena, warrant, summons, or similar process.

**Coroners and Health Examiners:** We may release health information to a coroner or health examiner.

**Inmates:** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release health information about you to a correctional institution or law enforcement official.

**YOUR RIGHTS REGARDING HEALTH INFORMATION ABOUT YOU:**

You have the following rights regarding health information we maintain about you.

**Right to Inspect and Copy:** You have the right to inspect and copy the protected health information that we maintain. Usually this includes health and billing records. You must submit your request in writing to the Privacy Officer. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies and services associated with your request. Your request will generally be approved unless there are legal or medical reasons to deny the request. If you are denied access to health information, you may request that the denial be reviewed.

**Right to Amend:** If you feel that health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as we keep the information. To request an amendment form please contact the Privacy Officer in writing and a form will be mailed to you. Completion of the form must either be legibly handwritten or typed and returned to the Privacy Officer. You must provide a reason that supports your request for an amendment. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available;
- is not part of the health information kept by us or for our practice;
- is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- is accurate and complete.

Any amendment that we make to your health information will be disclosed to those with whom we disclose information as previously specified.

**Right to an Accounting Disclosure:** You have the right to request a list of accounting for any disclosure of your health information we have made, except for uses and disclosures for treatment, payment, and health care operations, as previously described. To request this List of Disclosure, you must submit your request in writing to the Privacy Officer. Your request must state a time period which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12 month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will not notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred. We will mail you a list of disclosures within 30 days of your request.

**Right to Request Restriction:** You have the right to request a restriction of limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment of your care, such as a family member or friend. For example, you could ask that we not disclose information to your spouse about treatments. *We are required to agree to your request for restrictions if it is not feasible for us to ensure our compliance or believe it will negatively impact the care we may provide you.* If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request a restriction, you must make your request, in writing, to the Privacy Officer.

**Right to Request Confidential Communications:** You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at home or by mail to a post office box. To request confidential communications, you must make your request, in writing, to the Privacy Officer. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**CHANGES TO THIS NOTICE:**

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facility. This notice will contain, on the first page, in the top right corner, the effective date. In addition, each time you register for treatment, we will offer you a copy of the current notice in effect if our records indicate you have not been provided with the revised or changed notice.

**COMPLAINTS:**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us. To file a complaint, contact the Privacy Officer. All complaints must be submitted in writing. *You will not be penalized for filing a complaint.*

**Contact Information:**

The name and address of the person you can contact for further information or to request any forms concerning our privacy practices is:

Brittany Vandom  
620 4-J Court, Unit B  
Gillette, WY 82716-4130  
307-686-2569

**Effective Date:** This notice is effective on or after September 19, 2018

**Acknowledgment of Receipt of this Notice:**

We will request that you sign a separate notice acknowledging you have received a copy of this notice. If you choose, or are not able to sign, a staff member will sign their name and date that the notice was provided for you. This acknowledgement will be filed with your records.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Fisioterapia North Platte

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y  
DIVULGADO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN  
REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO:

Fisioterapia North Platte

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Estamos obligados por ley a asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; a darle este aviso de nuestros deberes legales / prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y a seguir el plazo del aviso que está actualmente en vigor.

CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información de salud. No se enumerarán todos los usos de la divulgación en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se permite usar y divulgar información dentro de una de las categorías. Para el tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud u otro personal que esté involucrado en el cuidado de usted. Pueden trabajar en nuestras oficinas, en el consultorio de un médico u otros proveedores de atención médica a los que podamos derivarlo. Por ejemplo, podemos ponernos en contacto con el consultorio de su médico y hablar con una enfermera sobre cualquier preocupación que podamos tener sobre la hinchazón inusual asociada con su rehabilitación de tobillo. Para el pago: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe de nosotros puedan ser facturados y el pago recogido de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle información a su plan de salud sobre su visita para que su plan de salud nos pague para reembolsarle su tratamiento. Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de nuestras instalaciones. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir nuestra práctica y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted y la documentación de ese cuidado. Según lo exija la ley: divulgaremos información médica sobre usted cuando lo exija la ley federal, estatal o local. Militares o veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas o está separado/descargado de los servicios militares, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades de mando militar del Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda. Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar información de salud sobre usted para Compensación de Trabajadores u otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Riesgos para la salud pública: Podemos divulgar información de salud sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, entre otras, notificar reacciones a medicamentos o problemas con los productos y notificar a las personas las retiradas de los productos que pueden estar usando. Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar información médica sobre usted a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones y licencias. Demandas y disputas: Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada. Aplicación de la ley: Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar. Forenses y examinadores de salud: Podemos divulgar información de salud a un forense o examinador de salud. Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a una institución correccional o funcionario encargado de hacer cumplir la ley.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted. **Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que mantenemos. Por lo general, esto incluye registros de salud y facturación. Debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío u otros suministros y servicios asociados con su solicitud. Su solicitud generalmente será aprobada a menos que haya razones legales o médicas para rechazar la solicitud. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. **Derecho a enmendar:** Si siente que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras conservemos la información. Para solicitar un formulario de enmienda, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad por escrito y se le enviará un formulario por correo. La finalización del formulario debe ser escrita a mano o mecanografiada de manera legible y devuelta al Oficial de Privacidad. Debe proporcionar una razón que respalde su solicitud de enmienda. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos la información que:

- no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible;
- no forma parte de la información de salud que guardamos ni de nuestra práctica;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- es preciso y completo.

Cualquier enmienda que hagamos a su información de salud será revelada a aquellos con quienes divulgamos información como se especificó anteriormente. **Derecho a una divulgación contable:** Tiene derecho a solicitar una lista de contabilidad para cualquier divulgación de su información médica que hayamos realizado, excepto los usos y divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, como se describió anteriormente. Para solicitar esta Lista de Divulgación, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. No le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo. Le enviaremos por correo una lista de divulgaciones dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. **Derecho a solicitar una restricción:** Tiene derecho a solicitar una restricción de limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no divulguemos información a su cónyuge sobre los tratamientos. Estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros garantizar nuestro cumplimiento o creemos que afectará negativamente la atención que podemos brindarle. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en casa o por correo a un apartado de correos. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atendremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desee ser contactado.

**CAMBIOS EN ESTE AVISO:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones. Este aviso contendrá, en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de entrada en vigor. Además, cada vez que se registre para el tratamiento, le ofreceremos una copia del aviso actual vigente si nuestros registros indican que o se le ha proporcionado el aviso revisado o cambiado. **QUEJAS:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros. Para presentar una queja, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

**Información de contacto:** El nombre y la dirección de la persona con la que puede contactar para obtener más información o para solicitar cualquier formulario relacionado con nuestras prácticas de privacidad es:

Brittany Vandom

620 4-J Tribunal, Unidad B

Gillette, WY 82716-4130

307-686-2569

Fecha de entrada en vigor: Este aviso entra en vigor a partir del 19 de septiembre de 2018

Acuse de recibo de este aviso: Le solicitaremos que firme un aviso separado reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si elige, o no puede firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha en que se le proporcionó la notificación. Este acuse de recibo se presentará con sus registros.

Please sign the following acknowledgement.

I, \_\_\_\_\_ received a copy of the Notice of Privacy Practices from North Platte Physical Therapy or a designated affiliate on the \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_.

This acknowledgement will be filed with your records.

*Firme el siguiente acuse de recibo.*

Yo, \_\_\_\_\_ recibí una copia del Aviso de Privacidad Prácticas de North Platte Physical Therapy o un afiliado designado en el \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_.

*Este acuse de recibo se presentará con sus registros.*

## **MANDATORY SCREENING (PLEASE COMPLETE)** **CRIBADO OBLIGATORIO (POR FAVOR COMPLETE)**

### **Instructions Instrucciones:**

Choose the best answer for how you have felt over the past week: *Elige la mejor respuesta para cómo te has sentido durante la última semana*

1. Are you satisfied with your life? *¿Estás satisfecho con tu vida?* Yes Sí No
2. Have you dropped many of your activities and interests? *¿Has abandonado muchas de tus actividades e intereses?* Yes Sí No
3. Do you feel that your life is empty? *¿Sientes que tu vida está vacía?* Yes Sí No
4. Do you often get bored? *¿A menudo te aburres?* Yes Sí No
5. Are you in good spirits most of the time? *¿Estás de buen humor la mayor parte del tiempo?* Yes Sí No
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you? *¿Tienes miedo de que te vaya a pasar algo malo?* Yes Sí No
7. Do you feel happy most of the time? *¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo?* Yes Sí No
8. Do you often feel helpless? Yes Sí No
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? *¿A menudo te sientes indefenso?* Yes Sí No
10. Do you feel you have more problems with memory than most? *¿Sientes que tienes más problemas con la memoria que la mayoría?* Yes Sí No
11. Do you think it is wonderful to be alive now? *¿Crees que es maravilloso estar vivo ahora?* Yes Sí No
12. Do you feel pretty worthless the way you are now? *¿Te sientes bastante inútil como eres ahora?* Yes Sí No
13. Do you feel full of energy? *¿Te sientes lleno de energía?* Yes Sí No
14. Do you feel that your situation is hopeless? *¿Sientes que tu situación es desesperada?* Yes Sí No
15. Do you think that most people are better off than you are? *¿Crees que la mayoría de la gente está mejor que tú?* Yes Sí No

PATIENT NAME *NOMBRE DEL PACIENTE*: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ DATE *FECHA*: \_\_\_\_\_

**Description:** This survey is meant to help us obtain information from our patients regarding their current levels of discomfort and capability. **Please circle the answers below that best apply.** *Descripción: Esta encuesta está destinada a ayudarnos a obtener información de nuestros pacientes sobre sus niveles actuales de incomodidad y capacidad. Por favor, marque las respuestas a continuación que mejor se apliquen.*

**LEFS – INITIAL VISIT** *LEFS - VISITA INICIAL*

**Please rate your pain level with activity** NO PAIN SIN  
**Califique su nivel de dolor con actividad:** DOLOR = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = VERY SEVERE PAIN *Dolor muy intenso*

		Extreme Difficulty or Unable to Perform Activity <i>Dificultad extrema o incapaz de realizar actividad</i>	Quite a Bit of Difficulty <i>Bastante un poco De dificultad</i>	Moderate Difficulty <i>Dificultad Moderato</i>	A Little Bit of Difficult <i>Un poco de dificultady</i>	No Difficult <i>No hay dificultady</i>
1. Any of your usual work, housework or school activities <i>Cualquiera de tus trabajos habituales, tareas domésticas o actividades escolares</i>	0		1	2	3	4
2. Your usual hobbies, recreational or sporting activities <i>Tus pasatiempos habituales, actividades recreativas o deportivas</i>	0		1	2	3	4
3. Getting into or out of the bath <i>Entrar o salir de la bañera</i>	0		1	2	3	4
4. Walking between rooms <i>Caminando entre habitaciones</i>	0		1	2	3	4
5. Putting on your shoes or socks <i>Ponerse los zapatos o calcetines</i>	0		1	2	3	4
6. Squatting <i>Hacer sentadillas</i>	0		1	2	3	4
7. Lifting an object, like a bag of groceries from the floor <i>Levantar un objeto, como una bolsa de comestibles del suelo</i>	0		1	2	3	4
8. Performing light activities around your home <i>Realizar actividades ligeras alrededor de tu casa</i>	0		1	2	3	4
9. Performing heavy activities around your home <i>Realizar actividades pesadas alrededor de tu casa</i>	0		1	2	3	4
10. Getting into or out of a car <i>Entrar o salir de un coche</i>	0		1	2	3	4
11. Walking 2 blocks <i>Caminando 2 cuadras</i>	0		1	2	3	4
12. Walking a mile <i>Caminando una milla</i>	0		1	2	3	4
13. Going up or down 10 stairs (about 1 flight of stairs) <i>Subir o bajar 10 escaleras (aproximadamente 1 tramo de escaleras)</i>	0		1	2	3	4
14. Standing for 1 hour <i>De pie durante 1 hora</i>	0		1	2	3	4
15. Sitting for 1 hour <i>Sentado durante 1 hora</i>	0		1	2	3	4

16. Running on even ground <i>Correr en terreno uniforme</i>	0	1	2	3	4
17. Running on uneven ground <i>Corriendo en terreno irregular</i>	0	1	2	3	4
18. Making sharp turns while running fast <i>Haciendo giros bruscos mientras corres rápido</i>	0	1	2	3	4
19. Hopping <i>saltos</i>	0	1	2	3	4
20. Rolling over in bed <i>Rodando en la cama</i>	0	1	2	3	4

Source: Binkley et al (1999): *The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale development, measurement properties, and clinical application. Physical Therapy. 79:371-383.*

Therapist Use Only	
Comorbidities:	<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Condition <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Multiple Treatment Areas
	<input type="checkbox"/> Neurological Disorders (e.g., Parkinson's, Muscular Dystrophy, Huntington's, CVA, Alzheimer's, TBI) <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> Surgery for this Problem <input type="checkbox"/> Systemic Disorders (e.g., Lupus, Rheumatoid Arthritis, Fibromyalgia)
	ICD Code: _____