Face to Face (Versión Español)

Nombre del Paciente:_____ Número de ID: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Mes Día Año

_____ Estado _____ Zip Code _____ Teléfono: ( ) _____-_____

Fecha de Efectividad: _____/_____/_____ Estatura: _____ Peso: _____ lbs. Sexo: ( ) M ( ) F
Mes Día Año

---

1. **¿Cuál es la limitación del paciente y cómo interfiere con la manera en que puede realizar las actividades del diario vivir?**

- [ ] Severa
- [ ] Moderada
- [ ] Leve

2. **Actividades del diario vivir (MRADLs) que puede realizar el paciente:**

- [ ] Bañarse
- [ ] Preparar Comida
- [ ] Vestirse
- [ ] Aseo Personal
- [ ] Aseo en el Hogar

3. **¿Por qué un bastón o andador no cumple con las necesidades del paciente para moverse en el hogar?**

- [ ] Tiene debilidad en las extremidades superiores.
- [ ] Tiene debilidad severa en las extremidades inferiores.
- [ ] La condición del paciente es tal que no puede mantenerse de pie por mucho tiempo.
- [ ] Tiene limitación de fuerza, resistencia, gama de movimiento o coordinación.
- [ ] Presencia de dolor.
- [ ] Deformidad o ausencia de una o ambas extremidades superiores que agravan su función motora.

4. **¿Por qué un sillón de ruedas manual no puede resolver las necesidades de movilidad de paciente en el hogar?**

- [ ] El paciente no tiene fuerza suficiente para impulsarse en una silla de ruedas manual.
- [ ] La movilidad está limitada a la habitación.
- [ ] Fatiga extrema al impulsarse en la silla de ruedas manual.
- [ ] Otros: _____

5. **¿Por qué una silla motorizada puede resolver las necesidades de movilidad de este paciente en el hogar?**

- ☐ No se limitarán sus actividades del diario vivir.
- ☐ Le permite acceso a todas las áreas de su hogar y no estará confinado a su habitación.
- ☐ Le permite realizar actividades como: preparar alimentos, bañarse, vestirse u otros.
- ☐ Le ayuda a mejorar sus habilidades físicas y mentales.

6. **¿Este paciente tiene la capacidad física y mental para manejar un sillón de ruedas con seguridad en el hogar?**

- ☐ Sí
- ☐ No

7. **El paciente ha utilizado en algún momento un andador, bastón o sillón de ruedas con seguridad en el hogar?**

Tiempo de necesidad: _____ *(De por Vida) Dx.*_____

Yo certifico que actualmente estoy tratando a este paciente y la información que se está brindando es correcta.

Nombre del Médico:_____ # Licencia:_____

Firma del Médico :_____ # NPI: _____

Dirección: _____ Teléfono:( ) _____ - _____

_____ Estado _____ Zip-Code _____ Fax:( ) _____ - _____