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:( ) _____ - _____