

Face to Face (Versión Español)

Nombre del Paciente: _____ Número de ID: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
_____ Estado _____ Zip Code _____ Mes Día Año
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: () _____ - _____