

Fecha:

Nombre:		<i>I</i>	Aprellido:	
Fecha de Nacimiento:Ed			: Seguro Socia	al:
Numero de	Identificacion:		Email:	
Direccion:				
				·
Numero de	Telefono casa:_		Celular:	
Sexo: Ma	sculino:	Femenino:	Prefiero no decir:	
Estado civil:	Soltero(a):	Casado (a): I	Divorciado(a): Viu	do (a): Otro:
Si esta Casa	do o acompañac	o, cual es el nombre de	e la persona:	
Raza:	Negro/Afro	Americano	Indio Americano	Asiatico
raza.	Blanco	, unerround	Hispano or Latino	
		iiano/Islas del Pacifico	•	
Yo autorizo	on en Caso de al Centro Atlas N entes personas:		e de compartir mi inforn	nacion de salud que yo eli
_	•		Relacion al pacie	ente:
				fono:
Nombre de	contacto 2:		Relacion al pac	iente:
Estado:		CodigoPostal:	Numero de Tele	fono:
Eirma dal Da	aciente/Responsi	hla dal Paciant:		
Nombre Cor	mpleto:		Fec	ha:



Aseguranza

Aseguranza Primaria:	No. de telefono del Seguro:
Nombre del Asegurado:	Relacion al Paciente:
Direccion de Aseguranza para mlos reclamos de pago:	
Fecha de Nacimiento del asegurado:	Seguro Social:
ID de miembro/Asegurado:	Numero de Grupo:
Informacion de su Farmacia	
Nombre:	Telefono:
Direccion:	
Informacion de su Abogado	
Si su condicion de salud es el resultado de un accident representado por un abogado, por favor proporcione	
Nombre	Telefono #:
	Estado:
Estado: Codigo Postal:	
Seguro de Automobil	
	omobile, por favor proporcione la siguiente informacion:
Nombre de la compañia de Seguro:	Reclamo #:
No. de telefono:	Fecha del acciodente:
Nombre del asegurado:	Relacion al paciente:
Estado en que ocurrio el accidente:	Nombre del ajustador:
Sus beneficios del seguroi de automobile han agotado? Si	No
Compensacion del trabajador (Workers' c	ompensation)
Nombre de la compañia:	Numero de caso:
	na del accidente:
Nombre del ajustados de su caso:	



HISTORIAL

Motivo de Consulta

Cual es el motivo principal de su consulta de hoy?

Por cuanto tiempo ha tenido esos sintomas?						
Como empezaror seccion necessari	n sus sintomas? (Por accidente de a ia en pagina 2)	automobile	e o Workers	s' Compensatio	n complete la	
El problema e	mpezo: □Derrepente □Gradualr □Levantando Objetos	nente	□Torsi □Jalan	on do-Objetos	□Caida □Bending	
	erfieren con sus actividades diarias lel hogar)? □ Si □ No Si respo	•	personal, p or favor exp	•	comidas.	
Puede estar de pi	e por periodos largos de tiempo?	□Si	⊐No			
Puede estar senta	ado por periodos largos de tiempo?	o □Si	⊐No			
Su dolor interfier	e con sus funciones de trabajo?	□Si	⊐No Sires	pondio Si, Porfa	avor explique:	
Situaciones que h Durante Ejercicio Caminar Jalar	acen que sus sintomas empeoren? □ □Despues de Ejercicio □Sen □Flexionar hacia el frente □Flex □Dolor NocturnoSitting □Oth	tarse por n ionar hacv				
Situaciones que ha	acen que sus sintomas mejoren?					
□Nada □Medicamentos	□Acostarse □Cambiar Posiciones	□Pa □O	ararse tro	□Caminar		



	sido diagnosticado con o nia de disco o fractura d				
Que tratamien TERAPIA FISICA	ntos ha tenido para su pro A □Estiramiento □Esteroides to □Calor/Hielo	⊃Fortalecimiento	□Masaje	e a con Pelo	□ Traccion ta
MEDICATIONS	□ Anti-Inflama Anti-Inflama	MedicinaAnti-Inflamatorios RecetadosAnti-Inflamatorios sin recetaAcupunctura		□Relajantes Musculares □Quiropractico □Injectiones □Otro	
What tests	have you had for this pro □Rayos X □CT/Myelogr	problem? □MRI □Discogr		grafia □EMG □Otro	
Direccion:	0:				
	pecialista:				
Historial	Medico				
FECHA	CIRUJIA	NOMBRE DEL CIR	UJANO	Complica	cion (si alguna)



Condiciones de Salud Pasadas y Actuales					
FECHA	DIAGNOSTICO Y/U HOSPITALIZACION				
Alergias: P	or favor liste	e las alergias medicas y r	no medicas:		
Alerg	eno		Reaccion		
(medicina/	comida/				
adhesivo me	edico, etc.)				
Medicinas	Medicinas: Por favor liste sus medicinas prescritas y sin receta medica que esta tomando:				
Nombre		Dosis(mg)	# de tabletas por dia		
1.					
2.					
3.					
4.					

8402 E. Shea Blvd, Suite 100, Scottsdale, AZ 85260 Phone: (602) 975-0123 Fax: (623) 900-7937 www.AtlasNeurosurgery.com

5.



Historial Social					
Edad:			Ocupacion:		
Mano con la que escr	ibe: □De	recha	□Izquierda		-
Estatus de Empleo: □Tiempo Completo □Medio Tiempo □D				Deshabilitado □R	etirado □Desempleado
Nivel de Educacion: □	•	•	-		•
Ejercicio:	Diario 🗆	Semana	l □Mensual □Poo	as ocaciones	inca
Hijos(as): □Y	es □No		Cuantos?		
	□No				
Tiene escaleras en su	ı residenci	a?	□Yes □N	lo	
Fuma (incluyendo e-o	cigarettes))? □Yes	□No	Paquetes por d	lia años
Usa otras formas de	Tabaco?	□Ye	□No		
			□Masticado □Go	ma de mascar □Pa	rche □Puros □Other
Toma Alcohol? □Dia	rio □1-2x	/Semana	a □1-2x/al mes □	1-2x/al año □Nu	nca
Historial Familia					
Historial Familia					
Tiene historial de fa	milia con a	lguna de	las siguientes	ı	
condiciones de salud?				Si contest que "Si"	Quien padece la condicion?
Cancer	□Yes	□No			
Problemas de Corazon	?⊓Yes	□No			
Diabetes	□Yes	□No			
Problemas Neuromusculares □Yes □No					
Froblemas Neuromusc	uiaies Di	C2 1110			
Osteoporosis	□Yes	□No			
D					
Derrame	□Yes	□No			
Tumor Cerebral	□Yes	□No			



Revision de sistemas: Por favor marque los sintomas que tiene en estos momentos

Constitucional Fiebres/Sudoracion Sube/baja de peso si Fatiga/ Debilidad Ojos Cambios de vision Drenaje/Costras Dolor/Enrojesimiento		RespiratorioToz/Respiracion cortadaRespiracion entrecortada GastrointestinalAcides/ReflujoNausea/Vomito/DiarreaSangre en las heces	Toz con sangre _ Dolor Abdominal	Piel Sarpullido Lunar cambiante Neurologico Dolores de cabeza Adormecimiento/Hormigueo	
Psiquiatrico Oidos/Nariz/Garganta Cambio en la escucha Fiebre del heno/Alergias Problemas para tragar Cardiovascular Dolor de pecho PalpitacionesInflamacion de Tobillos		Dolor/Sangre en la orinaDep Liqueo/Orinacion nocturnaPro		Anciedad/Stress Bipolar Depresion/Pensamiento suicida Problemas de sueño Hiperactividad (ADHD) Sanguineo/Linfatico Moretones/Sangrado Dolor/Inflamacion	
OTRO	 E:	SCALA ANALOGA VIS	UAL (VAS)		
Use el diagra		oara indicar cuando tiene las s		5:	
Dolor: Adormecimiento Sensacion de Que Sensacion punza Sensacion de pin DOLOR DE PIERNAS DOLOR DE BRAZOS DOLOR DE CUELLO DOLOR DE ESPALDA	emadura: X nte: /				
Por favor pong	ga una X en la	a palabra que describe n	najor su dolor en		



Autorización para Discutir, Di	vulgar y/o Obtener	Información Medica
Nombre:Fe	cha de Nacimiento:	Email:
Direccion:	Te	elefono:
Por medio de la presente yo autorizo al Centro Atlas casa, teléfono celular y / o correo electrónico. Entiene ya que alguien podría acceder a la información.	do que cada una de estas comunic	aciones NO se consideran completamente seguras
Yo autorizo a Atlas Neurosurgery and Spine a discu	utir mi atención médica con las sig	uientes personas (es decir, familiares / cuidadores):
Name:		ship:
Name:	Relation	ship:
Yo autorizo al centro a Atlas Neurosurgery and Sp	ine a contactar a la siguiente perso	ona en caso de emergencia:
Nombre:		Telefono:
Toda mi informacion medicaC Obtener mi informacion medica del siguiente Relacion:	Individuo/Institucion/Medico:	
Direccion:		
Tall my medical records ☐other records:	ine a enviar / recibir informac Act of 1996) a proveedores de ecesaria de la atención y seg ago, inscripción o elegibilidad acondicionamiento o autorizaci que un potencial para la infor ulgación por parte del destina ocar esta autorización por escr aformación médica se utiliza / o parte de una persona que re acidad aplicables. tiene derech ciertas circunstancias limitadas,	ión confidencial según lo definido por HIPAA e atención médica, hospitales, laboratorios y ún lo autorizado anteriormente. La entidad para los beneficios o si el individuo firma la ión en el párrafo (b)(4) de [45 C.F.R 164.508] rmación divulgada de conformidad con esta tario y ya no estar protegido por la regla de ito, excepto en la medida en que ya hayamos divulga de conformidad con esta autorización, cibió su información. esta nueva divulgación to a presentar una solicitud por escrito para , esta solicitud puede ser negada. Al firmar a
Nombre del Paceinte/Representante Legal	Firma	 Fecha



Acuerdo de Manejo del Dolor

Nombre dei Paciente:	recha de Nacimiento:
-	

Atlas Neurosurgery and Spine Center y yo entendemos que el objetivo principal de la atención es mejorar mi función neurológica y / o prevenir un mayor deterioro. Por lo tanto, acepto practicar hábitos para mejorar mi salud neurológica y de la columna vertebral, incluyendo pero no limitado a dejar de fumar, mantener un peso corporal saludable y ejercicio, entiendo y reconozco que el Centro Atlas Neurosurgery and Spine no es una clínica de manejo del dolor y no es responsable de tratar mi dolor. Sin embargo, medicamentos para el dolor, como narcóticos, barbitúricos, relajantes musculares, etc. se prescriben para el control del dolor postoperatorio durante un período de hasta 4 semanas después de la operación de acuerdo con lo siguiente:

- Los opiáceos se usan para tratar el dolor agudo y crónico con el objetivo de mejorar la calidad de vida, el objetivo debe ser no tomar el medicamento en absoluto, o dejar de tomarlo después de no más de tres días, una vez que el dolor sea tolerable y ya no necesite el opioide, debe desecharlos en un lugar seguro como se encuentra en el Departamento de Servicios de Salud de AZ. Debe entenderse que compartir o vender opioides sobrantes es en contra de la ley. Usted no debe operar un vehículo motorizado o maquinaria pesada mientras toma estos medicamentos. En lugar de opioides, otros medicamentos sin receta como el paracetamol o el ibuprofeno según lo aconsejado por mi médico podrían usarse para controlar el dolor.
- Es posible que no se proporcione una receta para una medicina controlada si se encuentra otra prescripcion active en AZPMP.
- Los pacientes con dolor crónico discutirán su régimen de dolor postoperatorio con su doctor primario de manejo del dolor para evitar múltiples recetas de sustancias controladas. Ellos obtendrán un régimen para el control del dolor postoperatorio de su doctor primariEo.
- Entiendo que no puedo solicitar, aceptar o solicitar una receta para una sustancia controlada mientras exista una prescripción activa de un profesional de la salud del Centro Atlas Neurosurgery and Spine.
- Entiendo que se puede solicitar una resurtido de recetas controladas a través de la clínica
- durante las horas de 8am a 5pm durante un día laborable unicamente al empezar el periodo postoperatorio. La receta se proporcionará electrónicamente a la farmacia en esu expediente en un period de 72 horas de tiempo.
- Entiendo que una violación de cualquiera de las condiciones anteriores puede resultar en la terminación de la prescripción de sustancias controladas y posible tratamiento con
- Centro Atlas Neurosurgery and Spine.



- También le doy permiso al Centro Atlas Neurosurgery and Spine para obtener una lista de medicamentos y sustancias controladas que estoy tomando actualmente.
- Al firmar esto, entiendo el potencial de efectos secundarios significativos o riesgos, incluyendo pero no limitados a los síntomas de abstinencia de dolor intenso, calambres abdominales, dolores musculares, dolores en las articulaciones, náuseas, diarrea, sudoración, dolores de cabeza, inquietud, irritabilidad, descontento y antojos de más opioides. Además, la tolerancia es el estado de adaptación en que el uso de un medicamento de forma rutinaria puede conducir a una reducción en la capacidad de controlar el dolor con el tiempo y la necesidad de dosis más altas para administrar el mismo control del dolor. Además, adicción puede ocurrir en el 5-10% de los pacientes que toman medicamentos para el dolor, incluso si nunca antes han experimentado un trastorno adictivo. Por último, beber alcohol y/o combinar opioids con otros medicamentos (incluyendo, sedantes como las benzodiazepinas, somníferos como Ambien o Lunesta, y ciertos otros medicamentos psiquiátricos) pueden aumentar notablemente la probabilidad de muerte por sobredosis.
- Otros efectos secundarios incluyen estreñimiento, sedación, ralentización o cese de la respiración, deterioro del juicio, deterioro de la capacidad para conducir, disminución de la libido y la función.
 Tomar medicamentos opioides durante el embarazo (o si uno queda embarazada mientras toma opioides) puede conducir a una afección conocida como síndrome de abstinencia neonatal, en la que el recién nacido depende de los opioides y pasa por una abstinencia potencialmente mortal al nacer.

Nombre del Paceinte/Representante Legal	Firma	Fecha



Politica Financiera

Atlas Neurosurgery and Spine Center se compromete a servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado. Su responsabilidad es proporcionarnos información precisa y completa sobre sus beneficios médicos de seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros medicos. Las tarjetas de identificación y beneficios de seguro actuales deben presentarse en cada visita al consultorio. Como cortesía, Atlas Neurosurgery and Spine Center presentará su reclamo de seguro por usted. Si usted es un paciente de Medicare, le facturaremos a Medicare y a su seguro secundario. Para servicios realizados fuera de nuestra clínica, es decir, radiología, laboratorio, referencias, centros de cirugía, fisioterapia, hospitales y centros de rehabilitación, consulte a su seguro antes de utilizar esos servicios.

Por favor, lea, inicie cada espacio en blanco y firme donde se indique . Este documento describe sus

> 8402 E. Shea Blvd, Suite 100, Scottsdale, AZ 85260 Phone: (602) 975-0123 Fax: (623) 900-7937 www.AtlasNeurosurgery.com

(iniciales) Entiendo que seré responsable de cualquier cita perdida o cualquier cita cancelada en la

que no se haya proporcionado un aviso de 48 horas. Habrá una tarifa de \$ 50 por cualquier visita al

consultorio perdida y \$ 250 por cualquier procedimiento quirúrgico perdido.



(iniciales) Entiendo que todos los servicios que me b consideran médicamente necesarios. Si no me realizo un pr de mi proveedor, puede ir en contra del consejo médico y p ocurre, acepto pagar el saldo restante en mi cuenta despué seguro.	ocedimiento o no cumplo con las instrucciones quede anular mis beneficios de seguro. Si esto
(iniciales) Entiendo que mi seguro puede o no estar habituales o razonables para mi área local. Entiendo que m servicios o pueden negar el pago de los servicios que han si acepto pagar el saldo restante en mi cuenta.	is beneficios pueden no cubrir todos los
(iniciales) Si tengo una póliza de deducible alto o act pagar una estimación de los cargos por mi visita al cons aplicarse otros cargos.	-
(iniciales) Atlas Neurosurgery and Spine Center recib servicios cubiertos proporcionados por mis beneficios de se momento del servicio. Si los copagos no se realizan en el m puede ser reprogramada.	eguro. Acepto pagar copagos y deducibles en el
(iniciales) Entiendo y acepto que si mi cuenta se vuel cobranza externa sin previo aviso. Si esto sucede, seré respentre otros, intereses, honorarios de refacturación, costos jagencias de cobro.	onsable de todos los costos de cobro, incluidos,
He leído y entiendo estas políticas financieras y acepto la re asociada con mi atención de salud.	esponsabilidad del pago de cualquier tarifa
Nombre del Paceinte/Representante Legal	Fecha



Assignacion de Beneficios

Por la presente, autorizo el pago directo de los beneficios médicos, incluidos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Atlas Neurosurgery and Spine Center. Esta es una CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo la cancele por escrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para obtener el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, cargos por mora, intereses, honorarios de abogados y cargos de cobro incurridos durante el proceso de liquidación de mi cuenta. Entiendo que soy el único responsable de todos los cargos durante un lapso en el seguro o la falta de él. Autorizo a Atlas Neurosurgery and Spine Center a depositar cheques recibidos en mi cuenta cuando se hacen a mi nombre.

asociada con mi atención medica					
Firma del Paciente/Representante Legal	Fecha				
Firma del Testigo	Fecha				

He leído y entiendo estas políticas financieras y acepto la responsabilidad del pago de cualquier tarifa



Nombre del Paciente:

Abhishiek Sharma, MD Erik Curtis, MD

Email:

Divulgacion: Afuera de la Red de Aseguranza (Out of Network)

Fecha de Nacimiento:

Direccion:	Telefono:			
Los doctores que no tienen contrato con la aseguranza de red o proveedor out-of-network .	salud de un paciente es considerado fuera de la			
Atlas Neurosurgery and Spine NO puede asegurar que tod y/o su cirujia tendra un contrato con su seguro de salud. Len usted, el miembro, para asegurar que los proveedores en la red de su seguro de salud. Si alguno de los proveedor salud (no esta en network con su seguro de salud) usted proveedor.	a aseguranza de salud pone ;la responsabilidad de los que usted recive servicios esten cubiertos es de salud no tiene contrato con su plan de			
Al firmar este documento, Yo, y/o el paciente por quien es pueden ser cobrados a mi seguro de salud como fuera de l importancia para usted, usted necesita solicitar la informa aseguranza antes de asistir a su cita programada.	a red (o out of network) Si esto es de			
Todos los servicios proporcionados en el Centro Atlas Neur con el entendimiento que usted es ultimadamente re proporcionados a usted y tambien responsable por el co- con su seguro de salud de acuerdo con la politica de cover	esponsable financieramente por los servicios sto compartido de deductibles y co-aseguranza			
Yo, y/o el paciente por quien estoy firmando entendemos contestadas satisfactoriamente en referencia al acuerdo d la red o Out of Network.				
Firma del Paciente	Fecha			
Firma del Testigo	Fecha			
Relacion al Paciente				



 Consentimiento a Recordatorios por Texto, Mensaje de Voz y Correo Electronico.

Los pacientes en nuestro para recordarle de su cit médica y para proporcio proporciono un numero Neurosurgery and Spine médica, comunicaciones	a, para nar rec de text a ser c	obtener comen cordatorios gene to o direccion de ontactado y reci	tarios sobr rales de sa e correo ele bir recorda	e su exper lud/inforn ectronico, atorios de	riencia co nación. Si yo entien citas y oti	n nuestro en algun do y cons os servic	equipo moment siento a cios de at	de ater to yo Atlas	nción
(Iniciales) You cualquier número reenvicomo se indicó anterior texto se aplicará a todos que solicite un cambio. So puedo ser contactado, datención médica, comun	iado o i nente. los rec Si he pr oy mi c	Entiendo que e cordatorios / con oporcionoado u consentimiento p	e número o esta solicitu nentarios / na direcció para recibir	correos e ud para red informaci n de corre recordato	electrónico cibir corre ión de sal eo electró orios de c	os para re os electr ud futura nico o de itas y otr	ecibir cor cónicos y as de cita e texto en os servici	municad mensaj s a mer n la que ios de	ciones ies de nos
Cell Phone Number: () -									
Autorizo a recibir correos electrónicos / mensajes de texto para recordatorios de citas y recordatorios generales de salud / comentarios / información en el Portal de I Paciente a la siguiente dirección de correo electrónico:									
Firma									
Nombre									
Fecha									

El profesional no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajería de texto según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (comuníquese con su proveedor de precios y detalles.



NOTICIA A LOS PACIENTES

Un médico debe notificar a un paciente que el médico tiene un interés directo en los bienes o servicios no rutinarios recetados por el médico, y si estos están disponibles en otro lugar sobre una base competitiva. A.R.S. §32-1401(27)(ff). Apoyamos esta ley porque ayuda a los pacientes a tomar decisiones financieras razonadas con respecto a su atención médica. En cumplimiento de los requisitos de esta ley, se le informa que tenemos un interés directo en la agencia de diagnóstico o tratamiento o en los bienes o servicios no rutinarios que se nombran a continuación:

Dr. Sharma tiene acuerdos de consultoría médica con Medtronic, A-tec y Johnson & Johnson. También tiene un interés financiero directo con Banner Health y Scottsdale Healthcare Hospitals D / B / A HonorHealth por lo que el hospital comparte con los médicos una parte de los ahorros atribuidos a la mejora de la calidad y el acuerdo de ahorro de costos. Estos arreglos incluyen implantes de columna vertebral, productos biológicos y productos auxiliares de la columna vertebral.

El Dr. Curtis tiene un interés financiero directo con Banner Health y Scottsdale Healthcare Hospitals D/B/A HonorHealth por el cual el hospital comparte con los médicos una parte de los ahorros atribuidos a la mejora de la calidad y el ahorro de costos. Estos arreglos incluyen implantes de columna vertebral, productos biológicos y productos auxiliares de la columna vertebral.

Muchas otras compañías de atención médica ofrecen el mismo equipo que puede lograr los objetivos del equipo proporcionado por las compañías de atención médica mencionadas anteriormente. Le recomendamos que pregunte a cualquiera de nuestros médicos sus razones para elegir instrumentos de las compañías mencionadas anteriormente, o cualquier otro instrumento, en su tratamiento. La ley establece el reconocimiento de que ha leído y entendido estas divulgaciones al fechar y firmar este formulario en los espacios que se proporcionan a continuación. Mantendremos el original firmado en su archivo de paciente y usted puede solicitar una copia.

Por la presente doy mi consentimiento para la fotografía, filmación, grabación de video y / o grabación de audio u otros medios para capturar mi imagen, radiográfica o de otro tipo, o voz y / o ser citado en los medios de comunicación o materiales impresos (incluidos los sitios web de redes sociales) en Atlas Neurosurgery and Spine Center. Por la presente, renuncio a cualquier derecho a compensación por dichos usos en razón de la autorización anterior. Yo y mis sucesores o cesionarios por la presente eximimos de responsabilidad a Atlas Neurosurgery and Spine Center y su personal y programas afiliados de cualquier y toda responsabilidad que pueda o pueda surgir de las actividades autorizadas por este acuerdo. Puedo solicitar el cese de dicho uso o rescindir esta Autorización hasta un tiempo razonable antes del uso, pero debo hacerlo por escrito. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma del Pacient	e/Representante Legal	Fecha



☐ El dolor me impide sentarme del todo

Abhishiek Sharma, MD Erik Curtis, MD

Indice de Discapacidad de Oswestry

	Seccion 1 - Intensidad de Dolor	Section 6 - De Pie
	Puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que usar analgésicos El dolor es fuerte pero me las arreglo sin tomar analgésicos Los analgésicos proporcionan un alivio completo del dolor Los analgésicos dan un alivio moderado del dolor Los analgésicos dan muy poco alivio del dolor Analgésicos no tienen ningún efecto con el dolor, no los uso	Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor adicional Puedo estar de pie el tiempo que quiera, pero me da dolor extra El dolor me impide estar de pie durante más de 1 hora El dolor me impide estar de pie durante más de 1/2 hora El dolor me impide estar de pie durante más de 10 minutos E dolor me impide estar de pie
	Seccion 2 - cuidado personal(bañarse, vestirse, etc)	Seccion 7 - Dormir
	Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor adicional Puedo cuidarme normalmente, pero causa dolor adicional Es doloroso cuidarme y lo debo hacer lento y cuidadoso Con ayuda, pero yo hago la mayor parte de mi cuidado personal Necesito ayuda a diario en la mayoría de los aspectos del cuidado personal No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama	El dolor no me impide dormir bien Puedo dormir bien solo usando medicina Aun cuando tomo tabletas tengo menos de 6 horas de sueño Aun cuando tomo tabletas tengo menos de 4 horas de sueño Aun cuando tomo tabletas tengo menos de 2 horas de sueño El dolor me impide dormir en absoluto
_	The the visco, the lare con unleaded y the quedo cirila cuma	Seccion 8 - Vida sexual
	Seccion 3 - Levantar peso Puedo levantar peso pero con dolor adicional Puedo levantar peso sin dolor adicional El dolor no me permite levantar peso del suelo, pero lo puedo levantar si esta mas al alcance como una mesa El dolor no me permite levantar peso, pero lo puedo hacerlo si el peso es ligero y el objeto esta a mi alcance	Mi vida sexual es normal y no causa dolor adicional Mi vida sexual es normal pero causa algo de dolor extra Mi vida sexual es casi normal pero es muy dolorosa Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor Mi vida sexual está casi ausente debido al dolor El dolor impide cualquier vida sexual en absoluto
	Puedo levantar unicamente cosas de peso ligero El dolor no me permite levantar ningun peso	Seccion 9 -Vida Social Mi vida social es normal y no me da dolor extra Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social, pero
_ 	El dolor no me impide caminar ninguna distancia El dolor me impide caminar más de 1 milla El dolor me impide caminar más de 1/2 milla El dolor me impide caminar más de 1/4 de milla	limita mis intereses energéticos, por ejemplo, bailar, etc. El dolor ha rlimitado mi vida social y no salgo tan a menudo El dolor ha restringido mi vida social en mi hogar No tengo vida social debido al dolor
	Solo puedo caminar con un palo o muletas Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo	Seccion 10 - Viajar
_	que arrastrarme hasta el baño Seccion 5 - Sentarse	Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor extra Puedo viajar a cualquier lugar, pero me da dolor extra
П		El dolor es fuerte, pero manejo viajes de más de dos horas El dolor me restringe a viajes de menos de una hora
	Puedo sentarme en una silla todo el tiempo que guste Solo puedo sentarme en mi silla favorita todo el tiempo que yo quiera El dolor me impide sentarme por más de 1 hora El dolor me impide sentarme por más de 1/2 hora El dolor me impide sentarme por más de 10 minutos	El dolor me restringe a viajes de menos de dia nota 1/2 hora. El dolor me impide viajar excepto al médico o al hospital

8402 E. Shea Blvd, Suite 100, Scottsdale, AZ 85260 Phone: (602) 975-0123 Fax: (623) 900-7937 <u>www.AtlasNeurosurgery.com</u>