

Reporte de Lesiones de Accidentes Auto

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de Tiempo Accident _____ de Accident _____

Ubicación del Accident _____

Daños a su vehículo (\$) _____ **Tipo de Vehicle** _____

Fue allí presentó un informe de la policía? Sí No era una citación emitida? Sí No

En caso afirmativo, ¿a quién? _____

Su ubicación en el vehículo: controlador pasajero del asiento delantero nuevo acompañante

¿Tenía el cinturón de seguridad? Sí No Arnés de Seguridad? Sí No

Descripción del Accidente _____

Ubicación del impacto

delantero centro delantero derecho delantero izquierdo por detrás trasera derecha dejado atrás lado

¿Has visto el accidente que viene? Sí No

Por dónde estabas buscando en el momento del impacto? _____

Al momento del impacto, que forma su cuerpo fue arrojado? adelante hacia atrás izquierda

¿Te golpeaste la cabeza o parte (s) de su cuerpo en algo? Sí No

Si es así, por favor explique _____

Inmediatamente después del accidente, fueron los siguientes: consciente aturdido inconsciente

Si pierde la conciencia, ¿hasta cuándo? _____

¿Recibió atención médica inmediatamente después del accidente? Sí No

¿Fuiste a la sala de emergencias? Sí No

Si es así, justo después del accidente día siguiente otra _____

Fueron radiografías cualquier tomadas en el hospital? Sí No

¿Has visto a otro médico desde el accidente? Sí No

Nombre _____ del Doctor

Fue un medicamento recetado para usted después de su accidente? Sí No

En caso afirmativo, indique: _____

Desde el accidente, es el dolor: menos lo mismo peor

¿Tiene PIP (protección contra lesiones personales) en su póliza de seguro de auto? Sí No

Co de Seguros. _____ Póliza _____

Teléfono _____ Reclama # _____

Nombre _____ del ajustador

¿Está presentando el seguro de la parte responsable? Sí No

Co de Seguros. _____ Póliza _____

Teléfono _____ Reclama # _____

Nombre del ajustador _____

Asignación y Autorización de Pago Directo

Nombre del paciente: _____

Nombre del asegurado: _____

Reclame #: _____ SS #: _____

Por la presente ordeno cualquiera y las compañías de seguros de todo el partido para hacer el pago directo al Centro Médico Pro-Atención a todos los servicios, productos y / o suministros proporcionados a yo o mis familiares para y en relación a mi cuidado a Pro-Care Medical Center. He decidido renunciar al uso de mi propio seguro de salud, en su caso de la salud seguro está disponible, con el fin de preservar mis beneficios de atención médica. Estoy solicitando que todos mis gastos médicos se facturan únicamente a la tercera parte responsable aseguradora, UIM y / o PIP. Mi seguro de salud sólo puede ser facturado a la sola discreción del Centro Médico de la Pro-Care.

Solicito que todos los pagos a Centro Médico Pro-Care se enviarán directamente a la dirección de facturación se enumeran a continuación. También autorizo a mi abogado para hacer pronta pago al Centro Médico Pro-Atención a las sumas que puedan deberse, y debido con el producto de cualquier acuerdo, sentencia o un seguro de pago, incluyendo servicios o suministros hasta ahora suministrados y los suministra al momento de acuerdo, sentencia o el pago de seguros.

Pro-Care Medical Center
1015 W. Calle 39 ½
Austin, TX 78756
EIN # 20-0383974

Además, autorizo a las fotocopias de este documento para ser una ley asignación vinculante y original. También autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo registros médicos, pertinentes a esta afirmación al mencionado compañía de seguros, abogado o cualquier otra agencia para recibir indemnización por esta reclamación.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Lista de Medicamentos

Si usted tiene otra lista de medicamentos escrita, por favor adjúntela en vez de escribir debajo.

Nombre de Medicamento o Suplemento	Med. Con Receta	Med. Sin Receta	Fecha de Inicio	Fecha de Término	¿Quién se la recetó? Dr. / Ud. mismo
					D Ud.
					D Ud.
					D Ud.
					D Ud.
					D Ud.
					D Ud.
					D Ud.

¿Qué alergias tiene? _____

Por favor ponga una (C) junto a las enfermedades que actualmente tiene y una (P) junto a las enfermedades que ha tenido anteriormente. **Si no ha tenido y/o actualmente no tiene alguna de estas enfermedades por favor ponga**

N/A. No deje nada en blanco.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos
<input type="checkbox"/> Insomnio
<input type="checkbox"/> Poca Resistencia
<input type="checkbox"/> Tensión
<input type="checkbox"/> Confusión
<input type="checkbox"/> Cansancio/Debilidad
<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Problemas de Ojo/Vista
<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Calenturas
<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Problemas de Olfato/Nasales
<input type="checkbox"/> Problemas de Espujo
<input type="checkbox"/> Problemas de Circulación
<input type="checkbox"/> Idas al Baño Anormales
<input type="checkbox"/> Goteo de Orina
<input type="checkbox"/> Problemas de Sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Problemas de Digestión
<input type="checkbox"/> Nausea
<input type="checkbox"/> Problemas Femeninos
<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Manos/Pies Frios
<input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria
<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Cambios Drásticos de Peso
<input type="checkbox"/> Adolorido del Cuerpo
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Problemas Dentales/Bucales
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Reflujo
<input type="checkbox"/> Problemas de Riñon
<input type="checkbox"/> Problemas Glandulares
<input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Palmas de las Manos Sudorosas
<input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Problemas del Oido
<input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón
<input type="checkbox"/> Pérdida de Control de Vejiga
<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos
<input type="checkbox"/> Adolorido al Despertar
<input type="checkbox"/> Problemas/Masas de Cuellos
<input type="checkbox"/> Problemas al Respirar
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho
<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
<input type="checkbox"/> Ardor al Orinar
<input type="checkbox"/> Problemas de Piel
<input type="checkbox"/> Temblorina |
|--|---|---|

Por favor escriba cualquier comentario adicional debajo _____

Nombre _____

Fecha _____

Historia del Dolor

1. ¿Cuál es su **principal queja**? _____

2. En la siguiente escala, marque con un círculo la gravedad de la queja principal (en el peor)

Ninguno		Leve		Leve		Moderado		Severo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. En la siguiente escala por favor marque el porcentaje de tiempo que la experiencia de su **principal queja**:

Ocasional		Intermitente		Frecuente		Constante			

4. ¿Cuánto tiempo ha estado experimentando su queja principal? _____

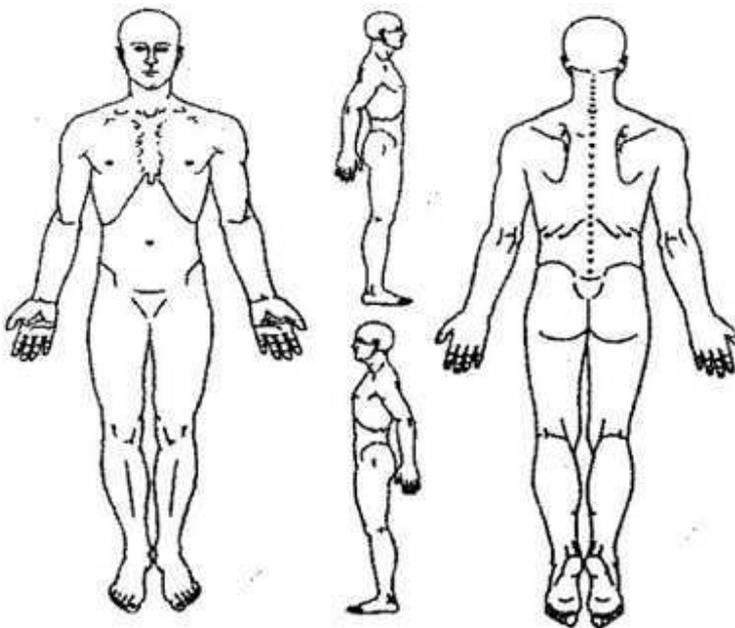
Por favor marque si estás experimentando actualmente:

Dolor de cuello • Rigidez • Dolores de cabeza • Dolor en el hombro • Radiación del brazo Dolor en el brazo / mano y hormigueo Adormecimiento • Dolor de Espalda • dolor irradiado hacia las nalgas irradia bajando por una pierna • Radiación Dolor en ambas piernas • Debilidad muscular Dolor Mientras estornudar o toser intestino • o problemas de vejiga

5. En el diagrama de abajo, por favor mostrar de donde usted está experimentando todas sus dolencias actuales mediante el letras siguientes:

A: Ache **B:** Burning Pain **C:** Calambres **D:** Dull Dolor **R:** dolor punzante **N:** Entumecimiento **T:** Hormigueo

No se olvide marcar se areas de dolor en el diagrama!



¿Tiene dolor y / o dificultad para realizar cualquier de la siguiente actividades?

Cuidado Personal _____

Lifting _____

lectura _____

Concentrarse _____

Trabajo _____

conducir _____

dormir _____

Recreación _____

Caminar _____

Sentado _____

De pie _____

Vida Social _____

Rendimiento del trabajo _____

relaciones _____

Ejercicio _____

6. ¿Cuándo se nota que su principal queja más? AM PM

¿Cuánto tiempo dura? ____ Minutos ____ Hrs

7. ¿Qué te hace sentir mejor? _____

8. ¿Qué te hace sentir peor? _____

9. ¿Alguna vez ha tenido este problema en el pasado? Sí No

10. ¿Se ha lesionado en un trabajo o una lesión relacionada con los automóviles? Sí No

11. ¿Ha perdido tiempo de trabajo debido a que su principal queja? Sí No

Fechas? _____ Al _____

12. ¿Está embarazada? Sí No

13. ¿Cuál fue el primer día de su último ciclo menstrual? _____

14. Número de embarazos? _____ Abortos Involuntarios? _____

15. Desde el inicio de su problema, tiene la intensidad .. empeorado mejorado mantuvo igual

16. ¿Ha sido diagnosticado con cualquier hernia de disco? Sí No No estoy seguro si es así, cuáles son los niveles de disco?

17. ¿Ha tenido alguna cirugía espinal? Sí No En caso afirmativo, indique qué tipo: _____

18. ¿Hubo algún hardware, tales como varillas, tornillos o alambres insertados en la columna vertebral durante la cirugía?
 Sí No N / A

19. ¿Hay algo específico que ya no se puede disfrutar de hacer debido a su condición que lo haría absolutamente disfrutar haciendo una vez más si no estuviera ya en el dolor? _____

Pro-Care Medical Center Consentimiento para Servicios

PAGO SEGURO MÉDICO Y DE REGISTROS

Por la presente autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y solicitud de pago del seguro ya sea para mismo o para la parte que acepta la asignación. Yo autorizo el pago de los beneficios médicos de terceros de prestaciones presentadas por mi derecho a ser pagados directamente a esta oficina. ("Este oficina "se define como el Centro Médico Pro-Care, Lesiones Grupo Médico y Servicios de Diagnóstico de Lesiones) Yo autorizo el pago directo a la oficina del cualquier suma ahora o en el futuro debemos esta oficina por mi abogado, de un producto de la liquidación de mi caso y por ninguna compañía de seguros contractualmente obligado a realizar el pago a mí o en base a los cargos presentados por los productos y servicios prestados. Entiendo y estoy de acuerdo en que las políticas de salud y de accidentes son un acuerdo entre tú y una compañía de seguros. Por otra parte, yo entiendo que esta oficina preparará los informes y los formularios necesarios para que me ayude en la toma de colección de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado a pagar directamente a esta oficina será acreditado a mi cuenta después de recibirlo. Sin embargo, entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que soy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspender o terminar mi cuidado y tratamiento, las tasas de los productos o servicios profesionales prestados será inmediatamente debido y pagadero.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR (menores de 18)

Yo autorizo a esta oficina para administrar los servicios que se consideren necesarias a mi hijo menor de edad, _____. Mi relación con el menor niño es _____.

Pacientes Mujeres solamente

Se certifica que, en la medida de mi conocimiento, no estoy embarazada y que esta oficina tiene mi permiso para tomar radiografías. Principio fecha de la última menstruación: _____.

DERECHOS DEL PACIENTE

Centro Médico Pro-Care (también haciendo negocios como lesiones Medical Group y Lesiones Diagnostics) respeta las diferencias únicas de nuestros pacientes, y se asegurará de que la ética asistencial se mantienen para todos los pacientes.

Los siguientes derechos se ejercerán en nombre de nuestros pacientes:

1. El paciente tiene el derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene el derecho, y se anima a obtener del médico relevante, actualizada y comprensible la información relative diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
3. El paciente tiene derecho a conocer la identidad del médico, el personal y todos los involucrados en la atención al paciente.
4. El paciente tiene el derecho de tomar decisiones sobre el plan de atención antes y durante el curso del tratamiento, y de negarse a recomienda tratamiento o plan de atención en la medida permitida por la ley, y ser informado de las consecuencias de esta acción.
5. El paciente tiene derecho a todas las consideraciones de privacidad.
6. El paciente tiene el derecho de esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su / su cuidado serán tratados de forma confidencial, salvo en los casos en que está permitido o requerido por la ley de denuncia.
7. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de cuidado en su caso y de ser informado por el médico de la disposición y opciones de atención de pacientes reales.

CONSENTIMIENTO PARA USAR NOMBRE

Yo autorizo a esta oficina para usar y / o divulgar mi nombre por lo siguiente: hojas de inscripción, testimonios y reconocer el progreso excepcional o buenas obras. Entiendo ningún otro de salud y / o información personal será divulgada en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Esta oficina puede enviar un correo a mi casa u otro lugar designado todos los elementos que ayudan en las operaciones de tratamiento, pago u, tales como recordatorios de citas y declaraciones de los pacientes. Esta oficina también puede enviar la comunicación de mensajes de texto a mi dispositivo móvil.

Estándar Se aplican las tarifas de mensajería.

CONSENTIMIENTO PARA EL MÉDICO,

la quiropráctica, la rehabilitación física y servicios de diagnóstico

Por la presente solicitud y el consentimiento para exámenes generales (médico, quiropráctica, fisioterapia, ortopedia, y / o neurológicos), ajustes / tratamientos quiroprácticos (y otros procedimientos, incluyendo varios modos de técnicas de fisioterapia), la intervención de fisioterapia (Incluida la movilización de tejidos blandos, ejercicios terapéuticos, que se extiende, la postura y la formación ergonómica y programas de ejercicios domiciliarios), diagnóstico imágenes / pruebas, procedimientos médicos, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, consejería / asesoramiento nutricional, asesoramiento médico / servicio médico de cualquier médico que ahora o en el futuro me trata a través de esta oficina. Yo he tenido o tendré la oportunidad de hablar con el médico de la naturaleza y la propósito del tratamiento indicado. Entiendo que los resultados no están garantizados y son informados de que, como en la

práctica de la medicina y la práctica de la terapia quiropráctica y física, hay algunos riesgos para el tratamiento, incluyendo pero no limitado a las fracturas, lesiones de disco, golpes, luxaciones y esguinces. No espero que el médico sea capaz de anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y quiero confiar en el médico para ejercer juicio en el curso de cualquier procedimiento que el médico se siente en el momento es lo mejor para mí. He leído o se me ha leído el consentimiento anterior completo y también he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de su contenido y por firmar abajo estoy de acuerdo con los términos y procedimientos anteriores. Comprendo que este consentimiento para cubrir cualquier tratamiento para mi condición actual y para cualquier futuro condiciones para las cuales yo acuda a la clínica y / o personal contratado. Al firmar abajo, reconozco que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las disposiciones anteriores, y asignar mis beneficios del seguro como se ha descrito anteriormente.

FIRMA _____ IMPRESO _____ FECHA _____

Formulario de Consentimiento de Información sobre la Salud del Paciente

Queremos que sepas cómo su información de salud del paciente (**PHI**) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos relativos a esos registros. Antes vamos a empezar algún problema de salud operaciones de atención que deben exigir a leer y firmar este formulario de consentimiento que indica que entender y estar de acuerdo con la forma en que se utilizan sus registros. Si a usted le gustaría tener un descripción más detallada de nuestras políticas y procedimientos sobre la privacidad de su Información médica del paciente le animamos a leer la nota de HIPAA que es a su disposición en la recepción antes de firmar este consentimiento.

1. El paciente entiende y está de acuerdo en permitir que esta oficina quiropráctica de usar su Información sobre la Salud del Paciente (**PHI**) para el propósito de tratamiento, pago, atención sanitaria operaciones, y la coordinación de la atención. Como un ejemplo, el paciente está de acuerdo en permitir que este oficina de la quiropráctica para presentar PHI solicitada a la Compañía de Seguros de Salud (o empresas) que nos brinda al paciente con el propósito de pago. Tenga la seguridad que esta oficina va a limitar la liberación de toda la PHI al mínimo necesario para que la compañías de seguros requieren de un pago.
2. El paciente tiene el derecho de examinar y obtener una copia de su propia salud registros en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar que saber lo revelaciones se han hecho y presentar por escrito cualquier otra restricción sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligado a estar de acuerdo con dichas restricciones.
3. Consentimiento por escrito de un paciente sólo necesita ser obtenido una vez para todos los cuidados posteriores dada al paciente en esta oficina.
4. El paciente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar su consentimiento en cualquier momento durante la atención. Esto no afectará el uso de los registros de la atención que reciben antes de la escrita solicitar a revocar el consentimiento, pero se aplicaría a cualquier atención que se brinda después de la solicitud tiene han presentado.
5. Para su seguridad y derecho a la intimidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de la paciente privacidad record y un funcionario de la privacidad ha sido designado para hacer cumplir los procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que se conocen por esta oficina para asegurarse de que sus registros no están disponibles a los que no los necesitan.
6. Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal ante el funcionario de privacidad de cualquier posibles violaciones de estas políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar el consentimiento para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, el médico quiropráctico tiene el derecho de negarse a prestar atención.

Yo he leído y entendido cómo se utilizará mi información de salud del paciente y estoy de acuerdo a estas políticas y procedimientos.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

PRO-CARE MEDICAL CENTER CANCELACIONES

Gracias por su tiempo y dedicación a su plan de salud, y sabemos que respetar el tiempo y el tiempo de sus compañeros de los pacientes. Debido al alto volumen de los pacientes y los intervalos de tiempo limitados permitidos, nos adherimos a la raíz de la supresión política:

Centro Médico Pro-Care requiere que nos notifique de cancelación, el día antes de su cita programada. Tenga en cuenta que tenemos un mensaje de voz sistema y le pedimos que deje un mensaje si usted necesita cancelar una cita fuera de horario. Las cancelaciones realizadas el mismo día o no se presenta, se cobrará de acuerdo a las tarifas se indican a continuación.

Comisiones aplicadas son las siguientes:

- 20 \$ - descompresión espinal, terapia quiropráctica, física, pruebas de rendimiento
- \$ 40 - Exámenes médicos
- 40 \$ - cualquier servicio proporcionado por un contratista externo, incluyendo, pero no limitado a la acupuntura y la terapia manual
- 200 \$ - procedimientos, incluyendo, pero no limitado a las inyecciones y NCV / EMG

Además, los pacientes que llegan tarde en diez minutos o más pueden ser reprogramadas

a la próxima cita disponible. Si no hay otra cita disponible Ese día, se hará todo lo posible para acomodar al paciente, pero no hay garantía que el paciente se verá. Llamar a si va a llegar tarde nos ayudará facilitar la reorganización de los nombramientos y mejorar su oportunidad de ser visto. Nos adherimos estrictamente a esta política. Por favor firme abajo para indicar que usted tiene leído y entendido la política anterior.

Firma

Fecha

- Como una cortesía, enviamos recordatorios de citas a través de correo electrónico. Por favor, tenga en cuenta que no recibir un e-mail no es considerado una excepción válida a la política de cancelación.

Actividades de la Vida Diaria (ADL)

1. Nombre del paciente

2. ¿Cuál es su motivo de consulta?

- Dolor de Espalda
- Dolor de cuello
- Dolor en el hombro
- Dolor en las caderas
- Dolores de cabeza
- Otro

3. La intensidad del dolor?

- No tengo ningún dolor en el momento.
- El dolor es muy leve en el momento.
- El dolor es moderado en el momento.
- El dolor es bastante grave en el momento.
- El dolor es muy fuerte en este momento.
- El dolor es el peor de los casos imaginables en el momento.

4. De cuidado personal. (Lavarse, vestirse, etc)

- Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin dolor adicional.
- Puedo cuidar de mí misma con normalidad, pero causa dolor adicional.
- Es doloroso para cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso.
- Necesito un poco de ayuda, pero consigo la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de la cuidado personal.
- No me vestí, lavar con dificultad y permanecer en la cama.

5. Levantar?

- Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional.
- Puedo levantar objetos pesados, pero causa adicional dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados pesos del piso, pero puedo manejar si están convenientemente situados.
- El dolor me impide levantar objetos pesados pesos, pero soy capaz de levantar medio pesos.
- Yo sólo soy capaz de levantar pesas ligeras.
- No puedo levantar o cargar ningún peso en absoluto.

6. Lectura?

- Puedo leer tanto como quiero sin dolor en mi cuello.
- Soy capaz de leer todo lo que quiera con solo un ligero dolor en el cuello.
- Puedo leer tanto como quiero con dolor moderado en mi cuello.

No soy capaz de leer tanto como quiero debido dolor a moderada.

Yo apenas soy capaz de leer en absoluto debido a dolor severo.

No puedo leer nada debido al dolor.

7. Los dolores de cabeza?

- No tengo dolores de cabeza a todos.
- Tengo dolores de cabeza leves que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.
- Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

8. Sentado?

- Puedo sentarme en cualquier silla, siempre y cuando me gusta.
- Sólo puedo sentarme en mi sillón favorito, siempre y cuando Me gusta.
- El dolor me impide sentarme por más de una hora.
- El dolor me impide sentarme por más de ½ horas.
- El dolor me impide sentarme por más de 10 minutos.
- El dolor me impide sentarme en absoluto.

9. Concentración?

- Puedo concentrarme completamente Quiero a con ninguna dificultad.
- Puedo concentrarme completamente Quiero que con un poco de dificultad.
- Tengo un buen grado de dificultad concentrarse.
- Tengo una gran cantidad de dificultades concentrarse.
- Tengo un grado severo de dificultad concentrarse.
- No soy capaz de concentrarme en lo absoluto cuando deseé.

10. Trabajar?

- Yo puedo hacer el mismo trabajo que yo quiero.
- Yo sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.
- Yo puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.

- Yo no soy capaz de hacer mi trabajo habitual.
- Yo apenas soy capaz de hacer ningún trabajo en absoluto.
- Yo no soy capaz de hacer ningún trabajo en absoluto.

11. Conducir?

- Soy capaz de conducir el coche sin ningún tipo de cuello dolor.
- Soy capaz de conducir el coche mucho tiempo con sólo un ligero dolor en el cuello.
- Soy capaz de conducir el coche mucho tiempo, pero con dolor moderado.
- Yo no soy capaz de conducir mi coche muy largo, debido dolor a moderada.
- Yo apenas soy capaz de conducir a todos debido a graves dolor de cuello.
- No puedo conducir mi coche en absoluto debido al dolor.

12. Dormir?

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño es ligeramente perturbada. (Menos de 1 hora sin dormir)
- Mi sueño es ligeramente perturbada. (1-2 horas. sin dormir)
- Mi sueño se encuentra moderadamente perturbada. (2-3 horas. sin dormir)
- Mi sueño es perturbado mucho. (3-5 horas. sin dormir)
- Mi sueño está completamente perturbado. (5-7 horas. sin dormir)

13. Recreación?

- Puedo realizar todas las actividades de ocio con sin dolor.
- Puedo realizar todas las actividades de ocio, pero con un poco de dolor.
- Puedo realizar la mayoría, pero no todos, de recreo actividades con dolor.
- Puedo actuar en algunas de las actividades recreativas debido al dolor.
- Yo apenas soy capaz de realizar, en cualquier actividades recreativas debido al dolor.
- No soy capaz de realizar, en cualquier recreativa actividades en todo debido al dolor.

14. Caminando?

- El dolor no me impide caminar cualquier distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- El dolor me impide caminar más de ½ hora.

- El dolor me impide caminar más de ¼ de hora.
- Yo sólo soy capaz de caminar con un bastón o muletas.
- Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y que arrastrarse hasta el baño.

15. De pie?

- Soy capaz de estar todo el tiempo que quiera sin dolor.
- Soy capaz de estar tanto tiempo como yo quiero, sino lo me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de 1 hora.
- El dolor me impide estar de pie más de ½ hora.
- El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie en absoluto.

16. Viajar?

- Soy capaz de viajar a cualquier parte sin adicional dolor.
- Soy capaz de viajar a cualquier lugar, pero causa me aumente el dolor.
- Soy capaz de gestionar los viajes de más de 2 horas, con dolor moderado a severo.
- El dolor me limita a viajes de menos de 1 horas.
- El dolor me limita a viajes de menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar con excepción de el médico y / o hospital.