

VALLEY ORTHOPAEDIC SURGERY ASSOCIATES

IF YOU ARE BEING SEEN TODAY FOR AN INJURY OR A PROBLEM THAT OCCURRED **ANYWHERE BUT THE WORKPLACE**, PLEASE FILL IN THE QUESTIONS BELOW. THIS IS NEEDED FOR YOUR INSURANCE COMPANY TO PROCESS OUR CLAIMS IN A TIMELY MANNER. INSURANCE COMPANIES DELAY CLAIMS PROCESSING UNTIL THEIR MEMBERS ANSWER THESE QUESTIONS.

1. WHEN DID YOUR INJURY OR PROBLEM OCCUR? (IF NO SPECIFIC DATE, APPROX WHEN SYMPTOMS STARTED).
CUANDO OCURIO SU ACCIDENTE O PROBLEMA? (SI NO OCURIO EN UN DIA EXACTO CUANDO COMENZARON LOS SINTOMAS?)

2. WHERE DID IT HAPPEN? (EXP: AT HOME, MALL FREEWAY, ETC...)
DONDE OCURIO? (EJEMPLO: CASA, MALL, AUTOPISTA?)

3. HOW DID IT HAPPEN? (EXP: CUT MYSELF, SLOWLY DEVELOPED, AUTO ACCIDENT, ETC.)
COMO OCURIO? (EJEMPLO: ME CORTE, ACIDENTE DE AUTO, ETC.)

4. NAME AND ADDRESS OF THE INSURANCE COMPANY THAT WILL BE RESPONSIBLE FOR THIS ACCIDENT. (NAME OF INSURED & POLICY #)
NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPANIA QUE SERA RESPONSABLE

SIGNATURE / FIRMA

DATE / FECHA

LESIN, BALFOUR & ZIV
A PROFESSIONAL MEDICAL CORPORATION
14624 SHERMAN WAY, SUITE 303 - VAN NUYS, CA 91405
(818) 902-2800 FAX: (818) 782-8979

BY SIGNING THIS FORM, YOU ARE VOLUNTARILY GIVING YOUR GENERAL CONSENT FOR THE PHYSICIAN TO EXAMINE, EVALUATE AND TREAT YOUR ORTHOPAEDIC CONDITION. IF IT IS DETERMINED THAT YOU WILL REQUIRE AN INVASIVE PROCEDURE, YOU WILL BE ASKED TO SIGN A MORE SPECIFIC INFORMED CONSENT.

PATIENT'S SIGNATURE

DATE

OR

LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE

DATE

AUTHORIZATION & ASSIGNMENT FORM

I HEREBY AUTHORIZE LESIN, BALFOUR & ZIV, A PROFESSIONAL MEDICAL CORPORATION (DR. BENJAMIN E. LESIN, DR. GEORGE W. BALFOUR AND DR. ELI T. ZIV), TO PROVIDE MY INSURANCE COMPANY AND/OR MY EMPLOYER THE INFORMATION THEY REQUIRE TO COMPLETE MY CLAIM.

I ALSO AUTHORIZE MY INSURANCE COMPANY TO PAY LESIN, BALFOUR & ZIV DIRECTLY FOR MY SURGICAL/MEDICAL BENEFITS. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR THE CHARGES NOT COVERED BY THIS AUTHORIZATION (PRIVATE PATIENTS ONLY).

A PHOTOCOPY OF THIS AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT SHALL BE CONSIDERED TO BE VALID AS THE ORIGINAL.

SUBSCRIBER'S SIGNATURE

PATIENT'S SIGNATURE

DATE

VALLEY ORTHOPAEDIC SURGERY ASSOCIATES - A MEDICAL GROUP

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Fecha: _____ | Estado Civil: _____ | Origen Etnico: _____ | Idioma: _____ |
| Nombre Del Paciente: _____ | Edad: _____ | Fecha De Nacimiento: _____ | |
| Domicilio: _____ | | | |
| Numero | Calle | Ciudad | Estado Zona Postal |
| Teléfono: (_____) _____ | Cell: _____ | Correo Elect.: _____ | |
| Numero De Seguro Social: _____ | Numero De Licencia De Manejar: _____ | | |
| Nombre De Su Lugar De Trabajo: _____ | Ocupación: _____ | | |
| Dirección: _____ | | | |
| Numero | Calle | Ciudad | Estado Zona Postal |
| Teléfono: (_____) _____ | Numero De Identificacion: _____ | | |

Nombre De Esposo(a) O Padres: _____

Numero De Seguro Social: _____ Numero De Licencia De Manejar: _____

Numero Del Lugar Del Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

| | | | | |
|--------|-------|--------|--------|-------------|
| Numero | Calle | Ciudad | Estado | Zona Postal |
|--------|-------|--------|--------|-------------|

Teléfono Del Trabajo: (_____) _____ Extensión: _____

Quien Lo Referio A Esta Oficina? _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

| | | | | |
|--------|-------|--------|--------|-------------|
| Numero | Calle | Ciudad | Estado | Zona Postal |
|--------|-------|--------|--------|-------------|

Tipo De Lastimadura: _____ Fecha Del Accidente: _____

Nombre De La Compañía De Aseguranza: _____

Suscriptor: _____ Numero de Certificado: _____ Grupo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Tiene otra Aseguranza: _____

Suscriptor: _____ Numero de Certificado: _____ Grupo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

| | | | | |
|---|-------|--------|--------|-------------|
| A Quien Podemos Informar En Caso De Emergencia (Quo No Vive Con Usted): | | | | |
| _____ | | | | |
| Teléfono: _____ | | | | |
| Dirección: _____ | | | | |
| Numero | Calle | Ciudad | Estado | Zona Postal |

FAVOR DE COMPLETAR PARA SU EXAMEN

Nombre _____ Fecha/Nacimiento _____

Con cual mano escribe? _____ Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Estatura _____ Peso _____

La Siguiete Información Se Requiere Para Determinar Estado De Salud:

1. Ha tenido problemas en sus manos, codos, brazos o hombros? Especifique: _____

2. Ha tenido problemas o heridas a su cuello, espalda, rodillas o piernas? Especifique: _____

3. Se ha quebrado algún hueso? _____ Cual hueso y cuando? _____

4. Ha tenido operaciones (incluyendo cosméticas, ej. implante de senos) o tratamiento de quimioterapia? Que clase, cuando, quien fue el doctor? _____

5. Ha tenido un accidente grande? _____ Que clase y cuándo? _____

6. Ha sido hospitalizado? _____ Cuando y por qué? _____

7. Tiene alergia a alguna medicina? _____ A cual? _____

8. Lo atiende algún otro doctor? _____ La razón? _____

9. Cuates medicamentos/anticoagulantes toma ahora? _____

10. Fuma? _____ Cuanto? _____ Bebe alcohol? _____ Cuanto? _____

11. Tiene algún historial de los problemas siguientes?

| | SI | NO |
|----------------------|-------|-------|
| Cáncer | _____ | _____ |
| Hepatitis (A B C) | _____ | _____ |
| Diabetes | _____ | _____ |
| Corazón | _____ | _____ |
| Alta Presión | _____ | _____ |
| La Sangre | _____ | _____ |
| Ulceras/estomago | _____ | _____ |
| Infecciones de orina | _____ | _____ |
| Asma/Pulmones | _____ | _____ |

12. Historia familiar:

Viven sus padres? _____

Edad/Madre _____ Edad/padre _____

Si están muertos:

Edad/Madre cuando murió _____

Edad/Padre cuando murió _____

Causa de muerte _____

PARA MUJERES:

Esta embarazada ahora? _____

13. Hay historia en su familia?

| | SI | NO | QUIEN |
|-----------------------|-------|-------|-------|
| Alta presión | _____ | _____ | _____ |
| Tuberculosis | _____ | _____ | _____ |
| Problemas de la mente | _____ | _____ | _____ |
| Desordenes de sangre | _____ | _____ | _____ |
| Problemas del corazón | _____ | _____ | _____ |
| Problemas de riñones | _____ | _____ | _____ |

| | SI | NO | QUIEN |
|-----------|-------|-------|-------|
| Diabetes | _____ | _____ | _____ |
| Epilepsia | _____ | _____ | _____ |
| Artritis | _____ | _____ | _____ |
| Anemia | _____ | _____ | _____ |
| Gota | _____ | _____ | _____ |
| Cáncer | _____ | _____ | _____ |

14. Si ha tenido o tiene ahora alguna de las siguientes enfermedades, circule:

Dolores de cabeza frecuentes

Mareos, frecuentes

Sensación de espigas

Desmayos frecuentes

Enfermedad emocional

Problemas con la vista o oídos

Vómitos frecuentes

Estreñimientos reciente o frecuentes

Diarrea reciente o frecuente

Pérdida de peso

Excremento del color negro

Desgano o cambio de apetito

Dolores del abdomen

Acidez

Intolerancia de comida

Dolor al orinar

Sangre en la orina

Escape de orina

Frecuencia por la noche

Enfermedades venéreas

Enfermedades de corazón

Dolores del pecho

Soplo al corazón

Aceleración del corazón

Inflamación de las piernas

Corto de resuello

Dificultad al respirar

Tos frecuente

Tos con sangre

Pulmonía

Tuberculosis

Dolores de coyunturas

Dolores o debilidad de músculos

Entumecimiento

Le salen moretes fácilmente

Le afecta mucho el frio o el calor

Cambios en la piel o cabello

Problemas con la glándula tiroides

Bocio

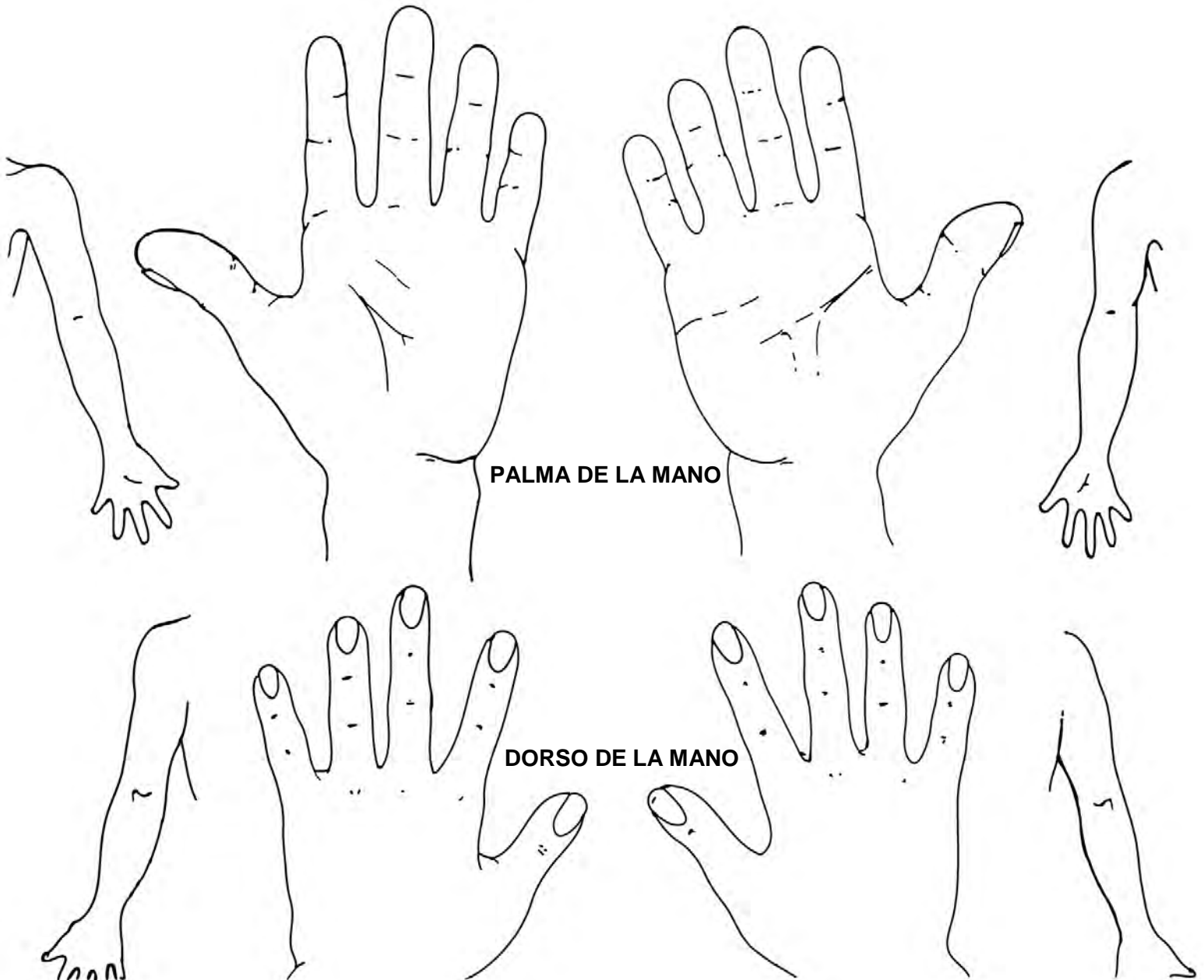
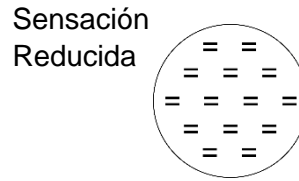
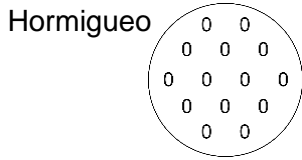
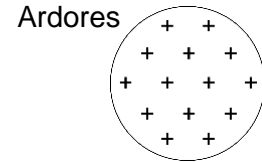
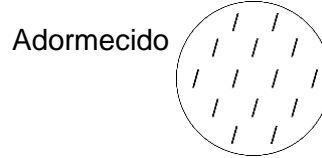
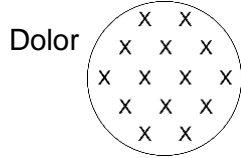
Problemas con dormir

VALLEY ORTHOPAEDIC SURGERY ASSOCIATES

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: H M (circule) Escribe con: D I (circule) Ocupación: _____

Use el símbolo apropiado en las áreas afectadas en la mano



GEORGE W. BALFOUR, M.D.
Surgery of the Hand ♦ Orthopaedic Surgery

DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF ORTHOPAEDIC SURGERY
CERTIFIED WITH ADDED QUALIFICATIONS * SURGERY OF THE HAND

FELLOW AMERICAN OF ORTHOPAEDIC SURGEONS
MEMBER AMERICAN SOCIETY FOR SURGERY OF THE HAND

OUR POLICY REGARDING THE RELEASE OF X-RAYS AND MRI STUDIES

Federal and state laws require this office to keep all X-rays and MRIs as part of our patient's medical records. We, therefore, DO NOT release original X-rays or MRIs. In the event you would like a copy of your original X-rays or MRIs, we will be happy to provide them at a cost of \$15 per X-ray film or \$15 per CD.

Please note that our office will requires a minimum of two weeks to process your films.

Thank you for your understanding.

George W. Balfour, M.D.

I have read the above and understand the office policy regarding the release of X-rays and MRIs.

PATIENT'S SIGNATURE

DATE

14624 SHERMAN WAY, SUITE 303 • VAN NUYS CA, 91405 • PHONE: 818-902-2800 • FAX: 818-782-8979
10640 RIVERSIDE DRIVE • NORTH HOLLYWOOD, CA 91602 • PH: 818-955-9898
43807 10TH STREET WEST, SUITE C • LANCASTER, CA 93534 • PH: 661-948-0385
2486 NORTH PONDEROSA DR, SUITE D-114 • CAMARILLO, CA 93010 • PH: 805-383-0271

LESIN, BALFOUR & ZIV
A PROFESSIONAL MEDICAL CORPORATION
14624 SHERMAN WAY, SUITE 303 - VAN NUYS, CA 91405
(818) 902-2800 FAX: (818) 782-8979

APPOINTMENTS:

WE REQUEST THAT EVERY PATIENT CALL AND MAKE AN APPOINTMENT BEFORE COMING INTO THE OFFICE. IN CASE OF AN EMERGENCY, **CALL FIRST BEFORE COMING IN**, IF POSSIBLE, TO INSURE THAT THE DOCTORS ARE IN.

CANCELING APPOINTMENTS:

WE APRECIATE A **24HR NOTICE** FOR CANCELING CHECK UPS, AND AT LEAST A 1HR NOTICE FOR CANCELING AN APPOINTMENT DUE TO ILLNESS OR OTHER PROBLEMS. A **\$25 FEE** WILL BE BILLED FOR MISSED APPOINTMENTS WITHOUT NOTIFICATION. MISSED APPOINTMENTS WITHOUT PROPER NOTICE WOULD MEAN THAT FUTURE APPOINTMENTS WILL NO LONGER BE AVAILABLE.

HMO PATIENTS:

YOU MUST HAVE AUTHORIZATION FROM YOU PRIMARY CARE PHYSICIAN BEFORE WE CAN SEE YOU. YOU ARE RESPONSIBLE FOR OBTAINING THIS AUTHORIZATION AND FOR ANY CHARGES THAT ARE INCURRED DUE TO LACK OF THE AUTHORIZATION OR CHARGES THAT ARE EXCLUDED BY YOUR INSURANCE. IN ADDITION: **YOUR COP-PAY MUST BE PAID AT THE TIME OF YOUR VISIT OR A \$5 PER MONTH CHARGE WILL BE ADDED TO COVER THE COST OF BILLING THE CO-PAY.**

I HAVE READ AND REVIEWED THE ABOVE OFFICE POLICIES AND I UNDERSTAND THAT THE EXISTANCE OF ANY INSURANCE POLICY DOES NOT RELIEVE ME OF THE RESPONSIBILITY FOR PAYMENT OF SERVICES OR SUPPLIES RECEIVED.

****** THE CO-PAY PORTION OF THE STATEMENT APPLIES TO ALL PRIVATE INURANCES AND PPOs ******

PATIENT OR PARENT'S SIGNATURE

PRINT PATIENT'S NAME

RELATIONSHIP TO PATIENT

DATE

LESIN, BALFOUR & ZIV – CORPORACION PROFESIONAL MEDICA.
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Esta nota describe como su información médica está protegida, como puede ser revelada y como puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente:

En las oficinas de Lesin, Balfour & Ziv su información médica siempre ha sido protegida y mantenida confidencialmente. Una nueva ley requiere que su información médica sea controlada con extrema privacidad, que le demos una copia de este aviso y que nos guiemos por dicho aviso.

Esta nueva ley nos permite utilizar su información médica personal a todos aquellos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, podemos proporcionar su información médica a un especialista que está cuidando de su estado de salud. Podemos revelar su información médica para obtener pago de los servicios médicos. Por ejemplo, podemos mandar un reporte sobre su progreso médica a su aseguranza

Podemos usar su información médica para que nuestro personal médico puedan lograr continuar las actividades necesarias de nuestra oficina. Por ejemplo, personal de nuestra oficina tendrán que entrar su información en nuestras computadoras.

Podemos revelar su información médica a nuestros socios de negocios. Por ejemplo, a nuestro servicio de cobros. Tenemos contratos con todos nuestros socios de negocios, que requieren que ellos también protejan su información médica.

Utilizaremos su información para comunicarnos con usted, para mandarle información o para recordarle la fecha de su cita. Si no se encuentra en su casa, le dejaremos un mensaje en su contestadora automática o con cualquier persona que conteste el teléfono.

En caso de emergencia le revelaremos su información médica a algún miembro de su familia o a la persona encargada de usted.

Cuando la ley así lo manda revelaremos su información médica.

Si este consultorio es vendido su información médica se volverá propiedad del nuevo dueño.

Constando lo descrito anteriormente, estas oficinas no usaran su información médica sin su previa autorización por escrito.

Usted puede solicitar por escrito que no se revele su información médica como se enumeró anteriormente. Su solicitud tiene que ser muy explícita y debe de expresar específicamente las restricciones solicitados. Los médicos no están obligados a concordar con su solicitud si el medico cree que esta va en contra de su beneficio e interés de salud.

Usted tiene derecho de transferir su expediente médico a otro médico. Su petición tiene que ser por escrito y nosotros mandaremos su expediente por correo.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su expediente, aunque hay ciertas excepciones. Su solicitud tiene que ser por escrito y si usted requiere copia de alguna parte de su expediente, reservamos la opción de cobrar una cantidad razonable por las copias. Si en caso no podemos conceder su solicitud se le hará saber por escrito.

Si usted quiere hacer cualquier cambio en su expediente, solicítelo por escrito, tenemos el derecho de cambiarlo o no cambiarlo, pero siempre incluiremos su petición en su expediente. Si decidimos hacer el cambio, lo haremos, pero previos documentos siempre quedaran en su expediente.

USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTA NOTA DE PRIVACIDAD.

Usted tiene el derecho de quejarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede mandarnos por escrito el motivo de su queja.

Nosotros no tomaremos venganza contra usted por elevar una queja.

Se le ruega que antes de elevar una queja o si necesita más información sobre su información médica personal por favor comuníquese con el oficial de privacidad de éstas oficinas, Agy Reich al 818-902-2842 or Liza Calderon al 818-902-2831.

Esta nota fue efectuada el 14 de Abril de 2003.

RECONOCIMIENTO

He recibido una copia de la Nota de Practicas de Privacidad.

Firma _____

Fecha _____

Nombre del paciente _____

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de someterse a arbitraje: Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiera a si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo este acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados a cabo, inadecuada, negligente o incompetentemente, se determinará por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California, y no por medio de un juicio o recurso a procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California.

Artículo 2: Todas los reclamos deben someterse a arbitraje: Las partes intencional que este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o estén vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya ya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dio lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se referirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cuantía contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, trastornos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica. Sin embargo, después de entablar cualquier reclamo en contra del médico, toda disputa con respecto a honorarios, sea ella o no objeto de una acción jurídica, deberá resolverse también por medio de arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable: Todas las partes deberán ser notificadas por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada una de las partes deberá escoger un árbitro (árbitro de la parte) dentro de un plazo de treinta días y los árbitros nombrados por las partes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días siguiente. Cada parte del arbitraje deberá pagar su porción prorrateada correspondiente de los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio de dicha parte.

Por medio de petición escrita al árbitro neutral, cada una de las partes podrá ejercer su derecho absoluto de someter separadamente a arbitraje las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios.

Las partes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Las partes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministran atención médica se aplicarán a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias vinculadas deberán ser sometidos a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o éste se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, el reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por, las disposiciones relativas a arbitrajes del Código de Procedimientos Civiles de California.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede revocarse por medio de notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de 30 días de su firma y si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente

Artículo 6: Vigencia Retroactiva: Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia) el paciente deberá poner las iniciales de su nombre más abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales.

Iniciales del Paciente o del Representante de Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada inválida o imposible cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma al pie de la página representa mi acuse de recibo de una copia del acuerdo.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO UD. SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del Médico o Representante Debidamente Autorizado (Fecha)

Por: _____
Firma del Paciente (Fecha)

Nombre del Médico, Grupo Medico o Asociación en Letra de Molde o Sello

Nombre del Paciente en Letra de Molde

Por: _____
Firma del Traductor (si corresponde) (Fecha)

Por: _____
Firma del Representante del Paciente (Fecha)

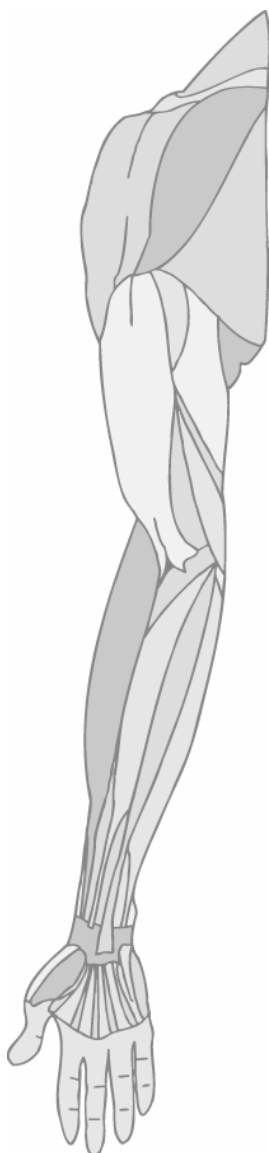
Nombre del Traductor en Letra de Molde

Nombre del Representante del Paciente en Letra de Molde

Una copia firmada de este documento debe entregársele al paciente. El original deberá archiversse con el expediente médico del paciente.

DASH

Versión Española (España)



Instrucciones

Este cuestionario le pregunta sobre sus síntomas así como su capacidad para realizar ciertas actividades o tareas

Por favor conteste cada pregunta basándose en su condición o capacidad durante la última semana. Para ello marque un círculo en el número apropiado.

Si usted no tuvo la oportunidad de realizar alguna de las actividades durante la última semana, por favor intente aproximarse a la respuesta que considere que sea la más exacta.

No importa que mano o brazo usa para realizar la actividad; por favor conteste basándose en la habilidad o capacidad y como puede llevar a cabo dicha tarea o actividad

© Institute for Work & Health 2006. All rights reserved.

Spanish (Spain) translation courtesy of Dr. R.S. Rosales, MD, PhD, Institute for Research in Hand Surgery, GECOT, Unidad de Cirugía de La Mano y Microcirugía, Tenerife, Spain

Por favor puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

| | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Mucha dificultad | Imposible de realizar |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. -Abrir un bote de cristal nuevo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.-Escribir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Girar una llave | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Preparar la comida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.-Empujar y abrir una puerta pesada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.-Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.-Realizar tareas duras de la casa (p. ej. fregar el piso, limpiar paredes, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.-Arreglar el jardín | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.-Hacer la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.-Cargar una bolsa del supermercado o un maletín. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.-Cargar con un objeto pesado (más de 5 Kilos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.-Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.-Lavarse o secarse el pelo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.-Lavarse la espalda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- Ponerse un jersey o un suéter | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.-Usar un cuchillo para cortar la comida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---------------|---------|---------|----------|-------|
| 17.-Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.-Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (p. ej. golf, martillar, tenis o a la petanca) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.-Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo “frisbee”, badminton, nadar, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.- Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.- Actividad sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | No, para nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| 22.- Durante la última semana, ¿ su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | No para nada | Un poco | Regular | Bastante limitado | Imposible de realizar |
|---|--------------|---------|---------|-------------------|-----------------------|
| 23.- Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

| | Ninguno | Leve | Moderado | Grave | Muy grave |
|--|---------|------|----------|-------|-----------|
| 24.-Dolor en el brazo, hombro o mano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.- Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza cualquier actividad específica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.-Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.-Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.-Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro o mano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | No | Leve | Moderada | Grave | Dificultad extrema que me impedía dormir |
|---|----|------|----------|-------|--|
| 29.- Durante la última semana, ¿cuanta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Totalmente falso | Falso | No lo sé | Cierto | Totalmente cierto |
|--|------------------|-------|----------|--------|-------------------|
| 30.- Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Módulo de Trabajo (Opcional)

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano en su capacidad para trabajar (incluyendo las tareas de la casa si ese es su trabajo principal)

Por favor, indique cuál es su trabajo/ocupación: _____

Yo no trabajo (usted puede pasar por alto esta sección) .

Marque con un círculo el número que describa mejor su capacidad física en la semana pasada. **¿Tuvo usted alguna dificultad...**

| | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Mucha dificultad | Imposible |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| 1. para usar su técnica habitual para su trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. para hacer su trabajo habitual debido al dolor del hombro, brazo o mano? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. para realizar su trabajo tan bien como le gustaría? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. para emplear la cantidad habitual de tiempo en su trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Actividades especiales deportes/músicos (Opcional)

Las preguntas siguientes hacen referencia al impacto que tiene su problema en el brazo, hombro o mano para tocar su instrumento musical, practicar su deporte, o ambos. Si usted practica más de un deporte o toca más de un instrumento (o hace ambas cosas), por favor conteste con respecto a la actividad que sea más importante para usted. Por favor, indique el deporte o instrumento que sea más importante para usted.

¿Tuvo alguna dificultad.:

| | Ninguna dificultad | Dificultad leve | Dificultad moderada | Mucha dificultad | Imposible |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| para usar su técnica habitual al tocar su instrumento o practicar su deporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| para tocar su instrumento habitual o practicar su deporte debido a dolor en el brazo, hombro o mano ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| para tocar su instrumento o practicar su deporte tan bien como le gustaría? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| para emplear la cantidad de tiempo habitual para tocar su instrumento o practicar su deporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |