 Nombre del cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genero: □ Hombre □ Mujer Fecha de nacimiento: Correo Electrónico:

Numero de Teléfono Primario: □ Casa □ Trabajo □ Celular □ Contactar este numero

Numero de Teléfono Alternativo: □ Casa □ Trabajo □ Celular □ Contactar este numero

Contacto de Emergencia : Relación al cliente: Numero de teléfono:

Servicios de Challenge Center que me interesan:

* Terapia Física
* Programa Físico con Asistencia
* Programa Físico con Supervisión
* Familiar del Cuidador/a (Mantener En Salud)
* Grupo Físico de Acuática
* Clase de Equilibrio y Balance
* Chequeó Físico Antes de Comenzar Ejercicio
* Entrenamiento del Programa CFES
* Entrenamiento para el cuidador/a
* Mediciones Para Silla de Ruedas
* No estoy seguro/a

A quien le podemos dar la gracias por referir te a Challenge Center?

Que es su diagnosis primario?

Otros diagnósticos:

Proveedor de Seguranza Primaria: Proveedor Secundario:

Doctor Primario (favor de incluir nombre completo, si posible): Fax #

Grupo Medico/Afiliación del Hospital: Numero de Teléfono:

**Historial Medico**: Favor de marcar todas las condiciones que corrientemente tiene o a tenido en el pasado:

* Alta presión
* Baja presión
* Dolor/Angina de pecho
* Ataqué de corazón
* Cirugía de corazón
* Arritmias cardiacas
* Enfermedad de la arteria coronaria
* Enfermedad Vascular Periférica
* Trastorno trombo embolicó venoso crónico
* Insuficiencia cardiaca crónica
* Angioplastia
* Palpitaciones / Arritmias
* Enfermedad del corazón
* Otras condiciones cardiacas
* Otra cirugía arterial o venosa
* Demencia
* Embolia pulmonar
* Trombosis
* Marcapasos cardíaco
* Dependencia crónica del alcohol o drogas
* Artritis reumatoide, lupus, polioarteritis nodosa, poliomialgia reumática o polimiositis
* Derrame cerebrovascular
* VIH/SIDA
* Cáncer
* Obesidad
* Trastorno sanguíneo
* Sarpullido
* Convulsiones / Epilepsia
* Desmayos
* Trastorno autoinmune
* ERGE
* Enfermedad gastrointestinal
* Enfermedad del riñón
* Enfermedad hepática en etapa terminal requiriendo diálisis
* Asma
* EPOC
* Bronquitis crónica
* Enfisema
* Fibrosis pulmonar
* Hipertensión pulmonar
* Otra enfermedad pulmonar
* Otra enfermedades de órganos
* Diabetes
* Osteopenia / Osteoporosis /fractura
* Colesterol alto
* Artritis
* Enfermedad hepática en etapa terminal
* Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno paranoico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo
* Esclerosis Lateral Amiotrofia (ALS)
* Disreflexia autonómica
* Infección: viral o bacteriana
* Parálisis extensa (hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
* Enfermedad de Huntington
* Esclerosis múltiple
* Enfermedad de Parkinson
* Depresión/Ansiedad/trastorno emocional
* Polinueropatía
* Estenosis espinal
* Lesión de la medula espinal
* Déficit neurológico relacionado con el derrame cerebrovascular
* Otra

Otra: Si hay alguna condición que a tenido o aun tiene que no indico anteriormente, indíquela aquí:

**Alergias**: Indica todas sus alergias aqui:

**Historial Quirúrgico** (tipo y fecha): Fecha:

Fecha:

Fecha:

**Otras Hospitalización:** Razón: Fecha:

Razón: Fecha:

razón: Fecha:

**Rehabilitaciones Recibidas Anteriormente** (Instalación y fecha):

Instalación: Fecha: hasta

Instalación: Fecha: hasta

Instalación: Fecha: hasta

**Medicaciones**: Favor de incluir lista completa de sus medicaciones, incluyendo medicamentos sin recetas y con prescripción (Escribe claramente por favor)

1. es tomada veces al día/semana, para

*(medicación)*   *(cantidad)*  *(razón)*

1. es tomada\_\_\_\_\_ veces al día/semana, para

*(medicación)*   *(cantidad)*  *(razón)*

1. es tomada\_\_\_\_\_ veces al día/semana, para

*(medicación)*   *(cantidad)*  *(razón)*

1. es tomada\_\_\_\_\_veces al día/semana, para

*(medicación)*   *(cantidad)*  *(razón)*

1. es tomada\_\_\_\_\_veces al día/semana, para

*(medicación)*   *(cantidad)*  *(razón)*

**Síntomas**: Marque todo lo que esta experimentando corrientemente, o ha experimentado recientemente:

* + Alteración visual (ceguera, visión doble, etc.)
  + Perdida de la audición
  + Fatiga
  + Sensación anormal
  + Hinchazón
  + Sangrado anormal
  + Problemas de equilibrio/caídas
  + Dificultad para respirar
  + Incontinencia/Problemas intestinales o de vejiga
  + Fiebre/Escalofríos/Sudores nocturnos
  + Perdida o aumento de peso repentino
  + Dolores de cabeza
  + Mareo
  + Confusión/pérdida de memoria
  + Otra (por favor describa)

**Dolor**: Responda lo siguiente con respecto a cualquier dolor que tenga o haya tenido recientemente:

Locación(es): Intensidad 0 (no dolor) - 10 (el pero dolor imaginable): \_\_\_\_ Tipo de dolor: (marque las que correspondan): □ Constante □ Intermitente □ Ardiente □Afilado □ Profundo

Locación(es): Intensidad 0 (no dolor) - 10 (el pero dolor imaginable): \_\_\_\_ Tipo de dolor: (marque las que correspondan): □ Constante □ Intermitente □ Ardiente □Afilado □ Profundo

Locación(es): Intensidad 0 (no dolor) - 10 (el pero dolor imaginable): \_\_\_\_ Tipo de dolor: (marque las que correspondan): □ Constante □ Intermitente □ Ardiente □Afilado □ Profundo

**Discapacidades Físicas:** Marque cualquiera/todas las que tiene corrientemente:

* + Tono alto o bajo
  + Coordinación pobre
  + Ataxia
  + Hemiplejia
  + Parálisis
  + Perdida de una extremidad
  + Debilidad
  + Dificultad para respirar
  + Angina
  + Arritmia
  + Aguante pobre
  + Entumecimiento
  + Contractura

**Actividades de la Vida Diaria**: Marque las actividades que su discapacidad física limita o impide realizar, sustancialmente. Por ejemplo, que actividades NO puede realizar sin la ayuda de otra persona? También marque con un circulo las actividades que nunca realizo antes de su incidente.

* + Ir al baño
  + Bañarse/ ducharse
  + Comer
  + Vestirse
  + Transferir (es decir, de la cama a la silla de ruedas o de la silla al inodoro)
  + Caminar
  + Cocinar
  + Limpieza de casa
  + Ir de compras
  + Lavar ropa
  + Usar el teléfono
  + Tomar medicación
  + Presupuestos
  + Alimentarse usted mismo
  + Sentarse erecto
  + Estar de pie
  + Levantar 3 libras
  + Alcanzar
  + Subir escaleras con barandilla
  + Subir escaleras sin barandilla
  + Subir/bajar bordillo

Que dispositivos usas para moverte?

* + Silla de ruedas
  + Bastón
  + Bastón de 4 puntas
* Muletas
* Andador
* Andador de 4 llantas
* Andador de plataforma
* Otra (favor de describir)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantos pies o cuadras puede caminar con cualquier dispositivo de ayuda? (bastón, bastón de 4 puntas, andador, etc.)?

pies/cuadras (circula uno)

Necesitas ayuda de otra persona para caminar? □ Si □ No Cuánta ayuda brindan? % Puedes subir las escaleras? □ Si □ No Escalones? □ Si □ No Curvas? □ Si □ No

Que impedimento limita mas su caminar, si lo hay? Favor de compartir cualquier otra información relevante que nos haría falta con respecto a sus habilidades o discapacidades:

Que específico podías hacer antes que no puedas hacer ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Que le gustaría poder hacer, que no puede hacer ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuales son los principales objetivos que le gustaría lograr aquí en Challenge Center? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta recibiendo PT, OT, o ST en otra instalación? □ Si □ No

Si es así, que instalación? Con que frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_ veces a la semana/mes

Recibe ayuda de otra persona en su vida diaria? □Si □No

Si es así, cuantas horas al dia?

Días a la semana?

Quien le asiste?

**Entrenamiento del Cuidador**

Si tiene un cuidador/amigo/familiar que lo ayuda con las actividades diarias, pídale que complete esta forma, o que le completa contigo:

Su cuidador siente que esta en riesgo de sufrir una lesión en la espalda debido a los movimientos que realiza como el cuidador? □Si □No

Su cuidador ha sido entrenado en como ejecutar buena mecánica corporal mientras realiza sus tareas de cuidado (por ejemplo, traslados, movilidad en la cama, baño, etc.)? □ Si □No □N/A

Le gustaría que le brindemos entrenamiento sobre su rol como cuidador? □Si □No

En que podemos ayudarlo con respecto al cuidado y asistencia de su cliente o ser querido?

Favor de incluir cualquier información adicional que desee que sepamos o cualquier pregunta o inquietud que pueda tener:

Ha recibido su vacuna de COVID-19?

Si

No

Si es así, ha recibido las dos vacunas (si fue necesario)?

Si

No

**CHALLENGE CENTER AUSENTE, NO PRESENTACION, Y**

**POLICA DE CANCELACION**

Los valiosos y exclusivos servicios de Challenge Center dependen de las tarifas de los miembros como parte de los ingresos necesarios para cubrir los costos del programa. Entendemos que los horarios de nuestros miembros a veces varían. Sin embargo, el ausentismo prolongado, los frecuentes "no presentaciones" y las cancelaciones dejan las sesiones del programa sin cubrimiento, los ingresos irregulares y nuestros servicios inaccesible para aquellos que están en nuestra lista de espera. Para ayudarnos a brindar un mejor servicio a nuestros clientes, Challenge Center ha establecido las siguientes ausentes, no presentaciones, políticas de cancelación:

**Para los clientes del programa físico con asistencia:**

* + - Para permanecer “activos”, los miembros ausentes deben seguir pagando sus pagos mensuales del programa físico.
    - A petición, **los tiempos disponibles se pueden retener hasta un mes por ano por motivos médicos o personales, con los pagos debido al programa**. *En consideración de nuestro personal****, por favor notifíquenos con anticipación sobre cualquier ausencia planificada.***
    - Con el fin de satisfacer las necesidades de toda la comunidad, lamentamos que el Challenge Center no pueda acomodar las ausencias de mas de un mes al ano. **Los miembros que deban dejar el programa durante mas de un mes por motivos médicos o personales serán transferidos a la lista de espera del programa.** Regresar a cualquier programa del Challenge Center requerirá una reevaluación junto con una autorización medica. Haremos todo lo posible para facilitar su rápido regreso al programa, pero desafortunadamente, no podemos garantizar la disponibilidad de los horarios anteriores.
    - Debido a que nuestros entrenadores de fitness necesitan dirigir varios clientes de fitness durante un período de tiempo determinado, se agradece enormemente llegar a tiempo. Tenga en cuenta que **si necesita ayuda con su programa de ejercicios, la llegada tardía a los entrenamientos reservados o al entrenamiento puede requerir una modificación de su programa de ejercicios del día.**

**Pacientes de Terapia Físico y clientes usando CFES:**

* + - Las citas de terapia física y CFES deben ser reservadas durante horarios específicos.
    - Si no puede asistir a una cita programada, haga una llamada de cortesía y cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación.
    - A discreción de Challenge Center, **dos o más "no presentaciones" (citas perdidas sin llamar para cancelar) en un mes** probablemente resultaran en (1) cualquier citas que permanecen en su calendario, serán canceladas dejando este tiempo disponible para otros, (2) colección de pagos por cada cita faltada (3) pago por servicios futuros en adelantado el día en que servicios sean realizados. **Si las cancelaciones se deben a razones médicas, la documentación de su médico le ayudará a evitar cargos por cancelación.**
    - Regresar a cualquier programa del Challenge Center requerirá una reevaluación junto con una autorización médica. Haremos todo lo posible para facilitar su rápido regreso al programa, pero desafortunadamente, no podemos garantizar la disponibilidad de franjas horarias anteriores.
    - Porque cada cita proporciona aproximadamente una hora completa de atención clínica, **llegando tarde más de 15 minutos puede requerir reprogramación o modificación del plan de tratamiento del día.**

Updated 09-29-21 5