



284 Lee Street SW Ste. 128 Tumwater, WA 98501  
[www.actionchiropracticumwater.com](http://www.actionchiropracticumwater.com)  
360-489-0469

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ HOMBRE ☐ FEMENINO ☐

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APTO# \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_ FECHA EN QUE COMENZARON LOS SÍNTOMAS \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL RECLAMO: PAGARÉ HOY CON: EFECTIVO ☐ CHEQUE ☐ TARJETA ☐ OTRO ☐

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

RELACIÓN CON EL ASEGURADO? PROPIO ☐ CÓNYUGE ☐ OTRO ☐ HIJO ☐ CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL ASEGURADO: IGUAL AL ANTERIOR ☐ \_\_\_\_\_ SSN ASEGURADO: \_\_\_\_\_ IGUAL QUE ANTERIOR ☐

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_ IGUAL QUE ANTERIOR ☐ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*

SEGURO SECUNDARIO CO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIONES:

A. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y solicitar pagos de beneficios de seguro para mí o para la parte que acepta la asignación.

pago directo a la oficina de cualquier suma que ahora o en el futuro deba a esta oficina por parte de mi abogado, de los ingresos de cualquier acuerdo de mi caso y por parte de cualquier compañía de seguros obligada por contrato a pagarme a mí o a usted en función de los cargos presentados. por los productos o servicios prestados.

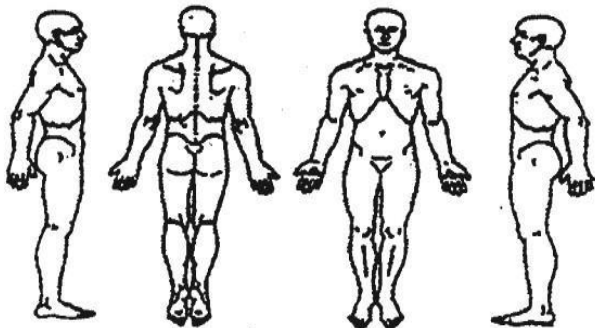
C. Entiendo y acepto que las pólizas de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a cobrar a la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para pagarse directamente a la oficina se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados a mí se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento, cualquier tarifa por productos o servicios profesionales prestados se vencerá y pagará de inmediato.

D. Todos los pacientes con o sin seguro son responsables del pago completo en el momento del servicio (a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado). Si queda un saldo después de 30 días, habrá un cargo de interés del 1% por cada mes que permanezca en mora. Si la cuenta se envía a una <sup>obra</sup> terceros, se aplicará un cargo de \$50.00.

Firma del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

1. Indique en los dibujos a continuación dónde tiene dolor/síntomas:



2. ¿Cómo describiría el tipo de dolor?

☐ Afilado

☐ aburrido

☐ Difuso

☐ Dolorido

☐ Quema

☐ tiro

☐ rígido

☐ Entumecido

☐ Hormigueo

☐ Agudo con movimiento

☐ Toma de fotografías con movimiento

☐ Punzante con movimiento

☐ Eléctrico como con movimiento

☐ Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo están cambiando sus síntomas con el tiempo?

☐ Empeorando ☐ Permanecer igual

☐ Mejorando

| Área de dolor/síntoma e intensidad |  | Normal | Mínimo | Leve |   |   |   |   | Moderado |   |   | Severo |  | Frecuencia |     |     |      |
|------------------------------------|--|--------|--------|------|---|---|---|---|----------|---|---|--------|--|------------|-----|-----|------|
|                                    |  |        |        |      |   |   |   |   |          |   |   |        |  | 25%        | 50% | 75% | 100% |
| Cuello                             |  |        | 1      | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7        | 8 | 9 | 10     |  | O          | I   | F   | C    |
| Espalda media                      |  |        | 1      | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7        | 8 | 9 | 10     |  | O          | I   | F   | C    |
| Espalda baja                       |  |        | 1      | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7        | 8 | 9 | 10     |  | O          | I   | F   | C    |
| Dolor                              |  |        | 1      | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7        | 8 | 9 | 10     |  | O          | I   | F   | C    |
| Otro:                              |  |        | 1      | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7        | 8 | 9 | 10     |  | O          | I   | F   | C    |

4. Quién más ha visto por su problema?

☐ Quiropráctico ☐ Neurólogo ☐ Médico de atención primaria

☐ Médico de urgencias ☐ Ortopedista ☐ Otro: \_

☐ Terapeuta de masaje ☐ Fisioterapeuta ☐ Nadie

5. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este problema? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio (si se conoce): \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo cree que comenzó su problema? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué agrava su problema? \_\_\_\_\_

8. Enumere todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

9. Enumere todos los medicamentos de venta libre que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

10. Enumere todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido \_\_\_\_\_

11. ¿Algo más pertinente a su visita de hoy? \_\_\_\_\_

12. Para cada una de las condiciones enumeradas a continuación, marque la columna "Pasado" si ha tenido la condición en el pasado. Si actualmente tiene una afección que se detalla a continuación, marque la columna "Presente"

Pasado/Presente

- ☐ ☐ Dolor
- ☐ ☐ Dolor de cuello
- ☐ ☐ Dolor de espalda superior
- ☐ ☐ Dolor de espalda medio
- ☐ ☐ Dolor de espalda baja
- ☐ ☐ Dolor de hombro
- ☐ ☐ Dolor de codo/parte superior del brazo
- ☐ ☐ Dolor de muñeca
- ☐ ☐ Dolor en la mano
- ☐ ☐ Dolor de cadera
- ☐ ☐ Dolor en la parte superior de la pierna
- ☐ ☐ Dolor de rodilla
- ☐ Dolor de tobillo/pie
- ☐ ☐ Dolor de mandíbula
- ☐ ☐ Dolor/rigidez en las articulaciones
- ☐ ☐ Artritis
- ☐ ☐ Artritis reumatoide
- ☐ ☐ Cáncer
- ☐ ☐ Tumor
- ☐ ☐ Asma
- ☐ ☐ Sinusitis crónica
- ☐ ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Pasado/Presente

- ☐ ☐ Presión arterial alta
- ☐ ☐ Ataque al corazón
- ☐ ☐ Dolores de pecho
- ☐ ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ ☐ Angina
- ☐ ☐ Cálculos renales
- ☐ ☐ Trastornos renales
- ☐ ☐ Infección de la vejiga
- ☐ ☐ Dolor al orinar
- ☐ ☐ Pérdida del control de la vejiga
- ☐ ☐ Problemas de próstata
- ☐ ☐ Aumento/pérdida de peso anormal
- ☐ ☐ Pérdida del apetito
- ☐ ☐ Dolor abdominal
- ☐ ☐ Úlcera
- ☐ ☐ hepatitis
- ☐ ☐ Trastorno del hígado/vesícula biliar
- ☐ ☐ Fatiga general
- ☐ ☐ Falta de coordinación muscular
- ☐ ☐ Trastornos visuales
- ☐ ☐ Mareos

Pasado/Presente

- ☐ ☐ Diabetes
- ☐ ☐ Sed excesiva
- ☐ ☐ Micción frecuente
- ☐ ☐ Fumar/uso de tabaco
- ☐ ☐ Dependencia de Drogas/Alcohol
- ☐ ☐ Alergias
- ☐ ☐ Depresión
- ☐ ☐ Lupus sistémico
- ☐ ☐ Epilepsia
- ☐ ☐ Dermatitis/Eccema/Erupción
- ☐ ☐ VIH/SIDA
- ☐ ☐ Píldoras anticonceptivas
- ☐ ☐ Reemplazo hormonal
- ☐ ☐ Embarazo

Acción Quiropráctica  
284 Lee ST. SW Suite 128  
Tumwater, WA 98501

#### AVISO DE RESUMEN DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Action Chiropractic utiliza su información de salud para el tratamiento, para obtener el pago del tratamiento con su autorización según sea necesario (verifique las leyes de su estado), para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe.

Action Chiropractic no divulgará su información a otros a menos que usted nos indique que lo hagamos, o a menos que la ley nos autorice o exija que lo hagamos.

Action Chiropractic puede usar su información para proporcionar recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros problemas relacionados con la salud.

Action Chiropractic puede divulgar su información para actividades de salud pública, a directores de funerarias para permitirles llevar a cabo sus actividades, para donaciones de órganos y tejidos, investigación, salud y seguridad, función gubernamental para cumplir con las leyes y regulaciones de compensación laboral. Tiene derecho a solicitar restricciones o revocar su autorización y solicitar una rendición de cuentas de sus registros de salud.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se ha violado su derecho a la privacidad. Usted no será objeto de represalias por presentar una queja.

Action Chiropractic debe mantener la privacidad de la información de salud protegida, proporcionarle un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, cumplir con los términos del aviso, notificarle si no puede aceptar la restricción solicitada en cómo se usa o divulga su información, y obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud por razones distintas a las enumeradas anteriormente y permitidas por la ley.

#### **Autorización de comunicación por correo electrónico/mensaje de texto (elijá uno)**

- Action Chiropractic **PUEDE** correo electrónico o mensaje de texto los siguientes tipos de información: recordatorios de citas, ofertas especiales, apertura de citas, información de situación/estacional (es decir, cierre debido al clima) e información sobre ofertas de tratamiento/ productos
  - Correo electrónico \_\_\_\_\_
  - Texto \_\_\_\_\_
- Action Chiropractic **NO PUEDE** enviarme un correo electrónico o enviarme un mensaje de texto.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE TARDE**

Si un cliente llega tarde, haremos todo lo posible para brindarle la cantidad de tiempo programada para la sesión. . La tarifa programada se pagará si todo el tiempo programado puede recuperarse o no.

Si el terapeuta llega tarde, la sesión durará todo el tiempo originalmente programado.

**POLÍTICA DE NO PRESENTARSE**

Todas las citas deben cancelarse antes de la última hora de nuestro día laboral (horas enumeradas a continuación). Al hacer esto, evitará cualquier cargo en caso de no presentarse o una tarifa de cancelación tardía. La primera cita de no presentación no tendrá cargo; sin embargo, las siguientes citas a las que el paciente no se presente tendrán un cargo de \$35. En Action Chiropractic, consideramos una cita de ausencia cada vez que un paciente no ha dado el aviso por adelantado requerido anteriormente o no ha llegado dentro de los 15 minutos de la hora de la cita. Entendemos que ocurren emergencias y, a veces, las citas deben cancelarse, pero le pedimos que respete nuestro tiempo. Póngase en contacto con nosotros tan pronto como deba cancelar.

**POLÍTICA DE PAGO**

Todos los masajes deben pagarse en el momento del servicio. El masaje de relajación brindado sin remisión o diagnóstico cuesta \$70 por una hora. El masaje para el tratamiento de lesiones requerirá una derivación y un diagnóstico de un médico, y el tiempo de pago del servicio será de \$180. Los copagos y/o coseguros del seguro vencerán en el momento del servicio.

**HORAS**

Lunes: 9-1 y 3-6

Miércoles: 9-1 y 3-6

Viernes: 9-1 y 3-4:30

**Le pedimos que lea esto cuidadosamente y lo firme, ya que se convertirá en parte de su registro permanente . Si tiene preguntas, no dude en hacerlas antes de firmar este formulario.**

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

---

**Nombre**

## CUESTIONARIO DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DEL DOLOR DE CUELLO

**POR FAVOR LEA:** Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender en qué medida su dolor de cuello ha afectado su capacidad para manejar sus actividades diarias. Responda cada sección marcando con un círculo la OPCIÓN ÚNICA que más se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede sentir que más de una declaración puede estar relacionada con usted, pero **POR FAVOR, SOLO CIRCULAR LA UNO. OPCIÓN QUE DESCRIBE MÁS CERCANAMENTE SU PROBLEMA EN ESTE MOMENTO.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_ Favor de Leer: \_\_\_\_\_

### Sección 1 – Intensidad del Dolor

- A No tengo dolor al momento.
- B El dolor es muy templado al momento.
- C El dolor es moderado al momento.
- D El dolor es bastante severo al momento.
- E El dolor es muy severo al momento.
- F El dolor es lo peor imaginable al momento.

### Sección 2 – Cuidado Personal

- A Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.
- B Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.
- C Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.
- D Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.
- E Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado personal.
- F No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

### Sección 3 – Levantar

- A Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.
- B Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- C El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición conveniente, e.g., en la mesa.
- D El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.
- E Puedo levantar solamente cosas ligeras.
- F No puedo levantar o cargar nada.

#### **Sección 4 - Lectura**

- A Puedo leer lo mucho que deseo sin causarme mas dolor en el cuello.
- B Puedo leer lo mucho que deseo con un poco de dolor en el cuello.
- C Puedo leer lo mucho que deseo con un dolor moderado en el cuello.
- D No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor moderado en el cuello.
- E No puedo leer lo mucho que deseo por el dolor severo en el cuello.
- F No puedo leer para nada.

#### **Sección 5 – Dolores de Cabeza**

- A No tengo dolores de cabeza.
- B Tengo dolores de cabeza ligeramente que vienen pocas veces.
- C Tengo dolores de cabeza moderado que vienen pocas veces.
- D Tengo dolores de cabeza moderado que vienen frecuentemente.
- E Tengo dolores de cabeza severos que vienen frecuentemente.
- F Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

#### **Sección 6 – Concentración**

- A Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, sin dificultad.
- B Puedo concentrarme totalmente cuando deseo, con un poco de dificultad.
- C Tengo un grado justo de dificultad en concentrándome cuando deseo.
- D Tengo mucha dificultad concentrándome cuando deseo.
- E Tengo bastante dificultad concentrándome cuando deseo.
- F No puedo concentrarme.

#### **Sección 7 – Trabajo**

- A Puedo hacer todo el trabajo que deseo.
- B Solamente puedo hacer mi trabajo de siempre, pero no más.
- C Puedo hacer casi todo mi trabajo de siempre, pero no más.
- D No puedo hacer mi trabajo como de costumbre.
- E Casi no puedo hacer ninguna clase de trabajo
- F No puedo hacer ninguna clase de trabajo.

#### **Sección 8 – Manejando**

- A Puedo manejar el auto sin causarme dolor en el cuello.
- B Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un poco de dolor en el cuello.
- C Puedo manejar el auto por lo largo que deseo con un dolor moderado en el cuello.
- D No puedo manejar el auto lo largo que deseo por el dolor moderado en el cuello.
- E Casi no puedo manejar por causa de mi dolor severo en el cuello.
- F No puedo manejar mi auto.

### **Sección 9 – Dormir**

- A Dolor no me impide dormir.
- B Mi sueño es perturbado ligeramente (menos de 1 hora desvelado).
- C Mi sueño es perturbado ligeramente (1-2 horas desvelado).
- D Mi sueño es perturbado moderadamente (2-3 horas desvelado).
- E Mi sueño es perturbado bastante (3-5 horas desvelado).
- F Mi sueño es perturbado completamente.

### **Sección 10 – Recreo**

- A Puedo participar en todas mis actividades recreativas con ningún dolor en el cuello.
- B Puedo participar en todas mis actividades recreativas con algún dolor en el cuello.
- C Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por causa del dolor en el cuello.
- D Puedo participar en pocas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.
- E Apenas puedo hacer algunas actividades recreativas por causa del dolor en el cuello.
- F No puedo hacer ninguna actividad recreativa.

**COMENTARIOS :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **PUNTUACIÓN:** \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO REVISADO DE DISCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR DE OSWESTRY

**POR FAVOR LEA:** Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender cuánto ha afectado su dolor lumbar su capacidad para manejar sus actividades diarias. Responda cada sección marcando con un círculo la **OPCIÓN ÚNICA** que más se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede sentir que más de una declaración puede estar relacionada con usted, pero **POR FAVOR, SOLO CIRCULAR LA UNO. OPCIÓN QUE DESCRIBE MÁS CERCANAMENTE SU PROBLEMA EN ESTE MOMENTO.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_ Favor de Leer: \_\_\_\_\_

### Sección 1 – Intensidad del Dolor

- A Puedo tolerar el dolor sin medicina.
- B El dolor es fuerte pero puedo controlarlo sin medicina.
- C Medicina me da completamente alivio al dolor.
- D Medicina me da moderado alivio al dolor.
- E Medicina me da poquito alivio al dolor.
- F Medicina no me alivia al dolor, no las tomo.

### Sección 2 – Cuidado Personal

- A Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.
- B Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.
- C Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.
- D Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.
- E Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado personal.
- F No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

### Sección 3 – Levantar

- A Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.
- B Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- C El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición conveniente, e.g., en las mesa.
- D El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.
- E Puedo levantar solamente cosas ligeras.
- F No puedo levantar o cargar nada.

### Sección 4 – Andar

- A El dolor no me impide caminar.
- B El dolor me impide caminar más de una milla.
- C El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- D El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- E Solo puedo caminar usando un palo o muletas.
- F Usualmente estoy en la cama y tengo que gatear para ir al baño.

### **Sección 5 – Sentado**

- A Puedo sentarme en cualquier asiento.
- B Solamente puedo estar sentado en mi propio asiento favorito.
- C Dolor me impide estar sentado más de una hora.
- D Dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- E Dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- F Dolor me impide estar sentado totalmente.

### **Sección 6 – Estar de pie**

- A Puedo estar de pie por mucho tiempo sin causar más dolor.
- B Puedo estar de pie por mucho tiempo pero si me causa mas dolor.
- C Dolor me impide estar de pie por más de una hora.
- D Dolor me impide estar de pie por más de 30 minutos.
- E Dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.
- F Dolor me impide estar de pie por cualquier tiempo.

### **Sección 7 – Dormir**

- A Dolor no me impide dormir.
- B Puedo dormir bien solo con medicina.
- C Aun con medicina, duermo menos de 6 horas.
- D Aun con medicina, duermo menos de 4 horas.
- E Aun con medicina, duermo menos de 2 horas.
- F Dolor me impide dormir.

### **Sección 8 – Vida Social**

- A Mi vida social es normal y no me da más dolor.
- B Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- C Dolor no afecta significativamente mi vida social aparte de limitar intereses energéticos como el bailar.
- D Dolor me ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente.
- E Dolor me ha restringido mi vida social en la casa.
- F No tengo vida social por causa del dolor.

### **Sección 9 – Viajar**

- A Puedo viajar a cualquier sitio sin causarme más dolor.
- B Puedo viajar a cualquier sitio pero si me causa dolor.
- C El dolor es fuerte pero puedo controlarlo por más de 2 horas.
- D Dolor me ha restringido mis viajes no más de una hora...
- E Dolor me ha restringido hacer viajes necesarias que sean cortos, no más de 30 minutos.
- F Dolor me impide viajar aparte de ir al hospital o ver el doctor.

## Sección 10 - Empleo/trabajo doméstico

- A Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico no causan el dolor.
- B Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.
- C Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de empleo/trabajo doméstico, pero el dolor me impide realizar las actividades más físicamente estresantes como levantar o limpiar con aspiradora.
- D El dolor me impide hacer cualquier trabajo con excepción de trabajo ligero.
- E El dolor me impide aun hacer trabajo ligero.
- F El dolor me impide realizar cualquier tarea de empleo o de trabajo doméstico

COMENTARIOS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_