

FORMATO MIPS

CALIFICACIÓN MIPS – FORMATO DE LA CLÍNICA

Favor de responder a cada una de las siguientes preguntas y devolver el formato lleno al personal de la clínica.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) _____

¿POR QUÉ MOTIVO LO/LA ESTÁN VIENDO A USTED, EL/LA PACIENTE?

- CUELLO O ESPALDA ALTA (ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DEL CUELLO)
- HOMBRO O PARTE SUPERIOR DEL BRAZO (QUICK DASH)
- CODO O ANTEBRAZO (QUICK DASH)
- MUÑECA O MANO (QUICK DASH)
- ESPALDA MEDIA O ESPALDA BAJA (CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DE ESPALDA BAJA DE OSWESTRY MODIFICADO)
- CADERA O MUSLO (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)
- RODILLA (ENCUESTA DE RESULTADOS DE LA RODILLA)
- PARTE INFERIOR DE LA PIERNA (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)
- TOBILLO O PIE (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)

¿MÁS O MENOS DESDE QUÉ FECHA EMPEZÓ USTED, EL/LA PACIENTE A PADECER ESTE PROBLEMA?

(MM/DD/AAAA) _____

¿QUIÉN ES EL PRINCIPAL PAGADOR QUE CUBRIRÁ ESTE EPISODIO?

- SEGURO DE AUTO (EJ. ALLSTATE, FARMERS)
- SEGURO COMERCIAL (EJ. BCBS, AETNA)
- SEGURO INDUSTRIAL (EJ. COMPENSACIÓN LABORAL)
- MEDICARE (EJ. PART B, PLANES GESTIONADOS POR MEDICARE)
- MEDICAID (EJ. CHIP, PLANES GESTIONADOS POR MEDICAID)
- PAGO POR CUENTA PROPIA