

Informe de progreso de medicina física

El fisioterapeuta o terapeuta ocupacional debe llenarlo cada mes o hasta la 12.^a sesión, lo que ocurra primero. Se recomienda entregarlo al PR antes de su siguiente sesión.

Fecha del informe: _____

Tipo de servicio Fisioterapia (FT) Terapia ocupacional (TO)

Nombre de la clínica: _____

Nombre del proveedor principal (AP): _____

Sección 1: Antecedentes

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de reclamo
---------------------	---------------------	-------------------

Area del cuerpo que recibe tratamiento Derecha Izquierda Fecha de la siguiente cita con el AP: _____ Se desconoce

Fecha de la lesión	Fecha de la cirugía	Fecha de eval. inicial	Total de visitas desde la evaluación	Número de cancelaciones
			Estimación de visitas totales reclamadas	Número de inasistencias

Sección 2: Progreso

a. Estatus laboral actual:
 Capacidad plena Trabajo modificado/ligero No está trabajando No tiene trabajo al cual regresar Otro _____

b. Trabajo en que se lesionó el paciente: _____

c. ¿Qué progreso ha logrado el paciente en sus actividades/tolerancias desde su último informe?

d. ¿Qué progreso necesita el paciente en sus actividades/tolerancias para su trabajo y su vida cotidiana?

e. **Pregunte al paciente:** ¿Cuáles son sus expectativas e inquietudes respecto a su trabajo? Incluya el regreso al trabajo, si corresponde.

f. **Pregunte al paciente:** En el último mes, ¿qué tanto ha interferido su dolor con sus actividades cotidianas?

No ha interferido												Es imposible realizar actividades
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

g. Describa el cambio en la frecuencia e intensidad de los síntomas:

Sección 3: Capacidades estimadas actuales

a. Escriba hasta cuatro funciones esenciales del empleo que ha demostrado

El paciente PUEDE: Ejemplos: Agacharse o levantar	Número de libras si corresponde	Con qué frecuencia N, P, O, F, C *Ver definiciones	Progreso hacia los resultados esperados			
			Objetivo logrado	Mejoría	Sin cambios	Peor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Definiciones: **Nunca** Poco (1-10%, 0-1 horas) **Ocasional** (11-33%, 1-3 horas) **Frecuente** (34-66%, 3-6 horas) **Constante** (67-100%, sin restricciones)

b. Medidas objetivas demostradas

Fuerza muscular o rango de movimiento activo	Estatus actual o cambio medible	Progreso hacia los resultados esperados			
		Objetivo logrado	Mejoría	Sin cambios	Peor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del paciente	Número de reclamo	Fecha del informe			

c. Medidas autorreportadas de resultados funcionales Consulte el [recurso para documentar mejoras funcionales](#)

Ejemplo: Índice de discapacidad de Oswestry (IDO)	Puntuación actual	Progreso hacia los resultados esperados			
		Objetivo logrado	Mejoría	Sin cambios	Peor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3 Comentarios

Sección 4: Obstáculos y estrategias de recuperación (Problemas que pueden causar un tiempo de recuperación mayor al esperado)

a. ¿Demuestra y cumple con el programa para el hogar? Sí No
Comentarios: _____

b. Obstáculos: Ninguno (vaya a la sección 5)
Lesiones recientes / Complicaciones / Comorbilidades / Factores que dificultan la recuperación:
(por ejemplo, nivel de compromiso, temor a empeorar, expectativas del trabajador, inquietudes sobre el empleo, falta de un sistema de apoyo, dolor).

c. ¿Cuáles su plan para abordar los obstáculos identificados en el trabajo?
(por ejemplo, simulación de empleo, preparación del paciente, promoción de la independencia, concentración en el progreso, otros)

d. ¿Planea ponerse en contacto con otros? Marque todos los que correspondan

<input type="checkbox"/> Proveedor principal	<input type="checkbox"/> Gerente de reclamos	<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Proveedor de servicios de salud conductual
<input type="checkbox"/> Proveedor de servicios vocacionales	<input type="checkbox"/> Asesor de actividades	<input type="checkbox"/> Cirujano	<input type="checkbox"/> Coordinador de servicios de salud

e. Servicios que el AP debe considerar para abordar los obstáculos:
(por ejemplo, salud conductual, asistencia vocacional, descripción del puesto, modificación del trabajo, asesoría en actividades, otros)

Sección 5: Plan de tratamiento y firmas

Continuar terapia _____ veces/semana durante _____ semanas Cancelar la FT/TO porque: _____

¿Cómo es el potencial de recuperación actual del paciente? Bueno Regular Malo

El plan de atención de la terapia y los objetivos se basan en:

<input type="checkbox"/> Análisis formal del empleo	<input type="checkbox"/> Descripción del puesto del empleador	<input type="checkbox"/> Funciones descritas por el empleado	<input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	--	-------------------------------------

Resumen/comentarios sobre el plan: _____

Nombre del terapeuta	Número de teléfono de la clínica	Número de fax de la clínica
Firma del terapeuta	Fecha de la firma	NPI del terapeuta

Instrucciones para el fisioterapeuta/terapeuta ocupacional:

1. Rellene las secciones 1 a 5 y envíe una copia a L&I
2. Envíe el formulario al proveedor principal
3. Si recibe una copia firmada del proveedor principal, envíela a L&I.

Sección del proveedor principal (opcional): Para facilitar las comunicaciones y remisiones.

Respuesta del proveedor principal: He analizado la información que contiene este informe y:

<input type="checkbox"/> Concuerdo con las recomendaciones. Actualizaré el formulario de restricciones laborales si han cambiado las capacidades o el plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/> ¿APF adjunto?
<input type="checkbox"/> No se requiere tratamiento adicional.	
<input type="checkbox"/> Tengo cambios para el plan de atención.	

Comentarios/cambios: _____

Nombre del proveedor principal	Número de teléfono del proveedor	Número de fax del proveedor
Firma del proveedor principal	Fecha de la firma	

Instrucciones para el proveedor principal: Envíe una copia firmada a la clínica de FT/TO

Index: **PMPR**

Instrucciones para el proveedor principal: Envíe una copia firmada a la clínica de FT/TO