

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA

OTRA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

o **Problemas psicosociales:**

¿Alguien le ha causado daño físico de alguna manera en los últimos tres meses? Sí No

Cómo se siente en el ambiente de su hogar Seguro Inseguro

El suscrito certifica que ha proporcionado arriba la información más exacta, y que es el paciente o el representante legal del paciente autorizado por el paciente.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Therapist Only:

Issues / Barriers Affecting Learning:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> Physical Needs |
| <input type="checkbox"/> Language | <input type="checkbox"/> Cultural Values |
| <input type="checkbox"/> Deafness | <input type="checkbox"/> Cognitive |
| <input type="checkbox"/> Religious Beliefs | <input type="checkbox"/> Inability to Read |
| <input type="checkbox"/> Desire / Motivation | <input type="checkbox"/> Other: |

Plan of Action to Address Barriers:

Fall Risk Factor:

	Score
<input type="checkbox"/> Gait disturbance/unsteady gait	4
<input type="checkbox"/> Incontinent/Nocturia	3
<input type="checkbox"/> Confused at all times	3
<input type="checkbox"/> Dizziness/Syncope	3
<input type="checkbox"/> Intermittent confusion	2
<input type="checkbox"/> Generalized weakness	2
<input type="checkbox"/> Previous fall within 12 months	2
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	1
<input type="checkbox"/> Hearing or visually impaired	1
<input type="checkbox"/> 70 years old or greater	1
<input type="checkbox"/> High risk drugs (diuretics, narcotics, sedatives, anti-hypertensives, anti-psychotics, anti-depressants)	2

Total Score: _____ **

****A score of 4 or more = initiate fall risk precautions**

Therapist Signature: _____ **Date:** _____