

Treating doctor's report (Outside Australia) Informe del médico tratante (fuera de Australia)

TDR

Patient's details
Datos del paciente

Name
Nombre
Address
Dirección

Country
País

Date of birth
Fecha de nacimiento

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Customer Centrelink Reference Number
Número de Referencia de Centrelink

 - - -

Instructions for the patient / Instrucciones para el paciente

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Este informe se utilizará para determinar si usted reúne las condiciones clínicas para recibir una Pensión australiana de ayuda para personas discapacitadas. Use este formulario únicamente para evaluaciones médicas si se encuentra fuera de Australia.

What you should do
Qué debe hacer

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Lleve este informe al doctor que lo está tratando. Cuando haga la cita con su médico, hágale saber que usted necesita que rellene este informe para determinar si usted reúne las condiciones para recibir una Pensión australiana de ayuda para personas discapacitadas. El costo de obtener dicho informe correrá por su cuenta.

Obtenga el informe completado de su médico y envíelo a "International Services" en Australia, a menos que su doctor lo envíe por usted.

Continued ►
Continuación



CLK0AUS109ES 2011

Privacy and your personal information

La privacidad y su información personal

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

La privacidad y seguridad de su información personal son importantes para nosotros, y están protegidas por la ley. Necesitamos recabar esta información para tramitar y gestionar sus solicitudes y pagos, y proporcionarle servicios. Solamente divulgaremos su información a otras partes cuando usted lo haya autorizado, o cuando así lo permita o exija la ley. Para obtener mayor información consulte servicesaustralia.gov.au/privacy

Authority to release information

Autorización para divulgar información

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Autorizo a Services Australia y/o al evaluador médico a obtener de mi(s) médico(s), otros profesionales médicos y establecimientos profesionales de atención de la salud del sector público o privado que yo haya consultado, toda la información médica necesaria para determinar mi derecho a una pensión.
- Autorizo a Services Australia y/o al evaluador médico a obtener de todo servicio de educación público o privado al que yo haya asistido o esté asistiendo actualmente, toda la información necesaria para determinar mi derecho a una pensión.
- Doy mi consentimiento para que Services Australia dé a conocer la información pertinente de este informe, a los proveedores de servicios a quienes me pueda recomendar Services Australia.
- Doy mi consentimiento a toda decisión de Services Australia de enviarme a cualquier evaluación adicional necesaria, cuando así lo recomiende el evaluador médico.

Patients signature
Firma del paciente



Date
Fecha

Day/Día	Month/Mes	Year/Año
/	/	

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Instrucciones para el doctor

Acerca de este informe

Este informe se utilizará para determinar si clínicamente su paciente reúne las condiciones para recibir una Pensión australiana de ayuda para personas discapacitadas.

Pago por su informe

Hemos pedido a su paciente que, cuando arregle la cita, le haga saber que necesitará que usted rellene este formulario. Esto es para que usted tenga suficiente tiempo para el examen. Su paciente ha sido informado que todo costo de obtener el informe correrá por cuenta del paciente.

Cómo rellenar el informe

En este informe se le pedirá a usted que proporcione datos clínicos sobre las enfermedades del paciente. Rellene todas las secciones requeridas del informe.

Evalúe la discapacidad cuando el paciente esté usando los aparatos de ayuda, equipos o tecnología de apoyo que tenga y use normalmente (p.ej. audífonos, gafas, lentes de contacto o prótesis).

Devolución del informe

Le rogamos nos envíe el informe directamente con cualquier documento adjunto tan pronto como le sea posible o, si lo prefiere, puede entregárselos a su paciente para que los envíe.

Acerca de la información que nos proporciona

Confidencialidad de Información

La información personal proporcionada deberá ser tratada en confidencia conforme al artículo 202 de la *Ley de seguridad social (Administración) de 1999* y no deberá ser revelada a ninguna persona a menos que así lo autorice la ley.

Existen sanciones para las infracciones al artículo 202 de la *Ley de seguridad social (Administración) de 1999*.

Divulgación de la información

La *Ley de libertad de información de 1982* permite la divulgación de la información médica o psiquiátrica directamente al interesado. Si hubiera alguna información que, de revelarse a su paciente, podría perjudicar su bienestar físico o mental, Services Australia puede comunicarse con usted. Indique en la PARTE i si desea que Services Australia se ponga en contacto con usted. Asimismo, indique cualquier otra circunstancia especial que debería ser tomada en cuenta.

La privacidad y su información personal

La privacidad y seguridad de su información personal son importantes para nosotros, y están protegidas por la ley. Recabamos esta información para brindarle pagos y servicios. Solamente divulgaremos su información a otras partes cuando usted lo haya autorizado, o cuando así lo permita o exija la ley. Para obtener mayor información consulte servicesaustralia.gov.au/privacy

3 The diagnosis is:
El diagnóstico es:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado ¿Quién confirmó el diagnóstico?

Name
Nombre
Qualifications
Calificaciones

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presuntivo ¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?

No Yes
No Sí

4 What was the date of diagnosis?
¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año
/ /

5 What was the date of onset of symptoms (if known)?
¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año
/ /

6 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
Proporcione un marco temporal, si corresponde.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Treatment / Tratamiento

7 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?

Describe la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

Form with 6 horizontal dotted lines for writing.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Describe todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

Form with 6 horizontal dotted lines for writing.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?

Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

Form with 12 horizontal dotted lines for writing.

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

¿Usa el paciente aparatos, equipos o tecnología de apoyo para esta enfermedad?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

Form with 6 horizontal dotted lines for writing.

12 Is any future treatment planned for this condition?
¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

No **Go to 14**
No **Vaya a la 14**
Yes Give details below
Sí **Explique abajo**

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

- 16** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo:
- A** Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
 ¿Puede el paciente realizar actividades físicas en su casa y comunidad sin dificultad? No Yes
 No Sí
 - B** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
 ¿Puede caminar (o desplazarse sin ayuda en una silla de ruedas) hasta las instalaciones de la zona? No Yes
 No Sí
 - C** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
 ¿Puede caminar (o desplazarse sin ayuda en una silla de ruedas) hasta las instalaciones de la zona sin parar para descansar? No Yes
 No Sí
 - D** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
 ¿Puede caminar (o desplazarse sin ayuda en una silla de ruedas) desde el aparcamiento hasta un centro comercial o edificios sin ayuda? No Yes
 No Sí
 - E** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
 ¿Puede caminar (o desplazarse sin ayuda en una silla de ruedas) en un centro comercial sin ayuda? No Yes
 No Sí
 - F** Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
 ¿Puede subir escaleras o desplazarse en una silla de ruedas subiendo una rampa larga e inclinada? No Yes
 No Sí
 - G** Can the patient use public transport without assistance?
 ¿Puede usar transporte público sin ayuda? No Yes
 No Sí
 - H** Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
 ¿Tiene la capacidad física de realizar tareas domésticas livianas (por ejemplo doblar y guardar la ropa limpia)? No Yes
 No Sí
 - I** Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
 ¿Puede realizar las tareas domésticas cotidianas sin dificultad (p.ej. cambiar las sábanas o barrer el suelo)? No Yes
 No Sí
 - J** Can the patient move around inside the home without assistance?
 ¿Puede desplazarse dentro de la casa sin ayuda? No Yes
 No Sí
 - K** Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
 ¿Necesita tratamiento de oxígeno durante el día o para desplazarse? No Yes
 No Sí

L Describe any other impacts.
 Describa cualquier otro impacto.

17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

- No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Give details below
Sí Explique abajo

18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Más de 24 meses

19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

- Resolve
Se resolverá
- Significantly improve **▶**
Mejorará mucho
- Slightly improve
Mejorará un poco
- Fluctuate
Fluctuará
- Remain unchanged
No cambiará
- Deteriorate
Se deteriorará
- Uncertain
Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

20 Is this condition episodic or fluctuating?
¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

- No **▶** Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta
- Yes **▶** Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sí Describa la frecuencia, duración y gravedad de los episodios, o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

PART B – Conditions impacting spinal function

PARTE B – Enfermedades que afectan la función espinal

PART B should be completed for conditions impacting spinal function including but not limited to: spinal cord injury, spinal stenosis, cervical spondylosis, lumbar radiculopathy, herniated or ruptured disc, spinal cord tumours, and arthritis or osteoporosis involving the spine.

Complete la PARTE B en el caso de enfermedades que afectan a la función espinal, incluyendo, pero sin limitarse a ellas, las siguientes:

Lesiones de la médula espinal, estenosis espinal, espondilosis cervical, radiculopatía lumbar, hernia o ruptura de disco, tumores de la médula espinal y artritis u osteoporosis con compromiso de la columna vertebral.

- 23 Does the patient have a condition impacting spinal function?
¿Padece el paciente una enfermedad que afecta la función espinal?
- No **Go to PART C**
No **Vaya a la PARTE C**
- Yes Give details below
Sí Explique abajo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instrucciones para el doctor

Si el paciente tiene más de una enfermedad de este tipo, proporcione aquí detalles sobre la enfermedad que tenga el *mayor* impacto sobre su capacidad funcional. Podrá dar datos de otras enfermedades en la PARTE F.

Responda las preguntas siguientes basándose en una evaluación médica, en los resultados de pruebas y estudios y en el estado actual de los conocimientos científicos.

No basta con los síntomas descritos por el paciente mismo.

- Attach  • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only) along with reports from physiotherapists or other rehabilitation practitioners confirming loss of range of movement in the spine or other effects of the spinal disease or injury, if available.
- Adjunte:
- Un informe del médico o especialista que trata generalmente al paciente (si no fuera usted) y
 - copias de los resultados de las pruebas y de los estudios pertinentes, por ejemplo radiografías u otras imágenes (sólo el informe) junto con los informes de los fisioterapeutas u otros profesionales de rehabilitación que confirmen la pérdida de la amplitud de movimiento en la columna vertebral u otros efectos de la enfermedad o lesión espinal, si estuvieran disponibles.

Diagnosis / Diagnóstico

- 24 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
¿Cuál es el diagnóstico?
Proporcione datos específicos (p.ej. incluya el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades y/o el grado de avance si fuera pertinente).

25 The diagnosis is: Confirmed **Who confirmed the diagnosis?**
 El diagnóstico es: Confirmado **¿Quién confirmó el diagnóstico?**

Name
 Nombre

Qualifications
 Calificaciones

Presumptive **Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?**
 Presuntivo **¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?**

No Yes
 No Sí

26 What was the date of diagnosis?
 ¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

27 What was the date of onset of symptoms (if known)?
 ¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

28 What is the prognosis of this condition?
 Give a timeframe, if applicable.
 ¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
 Proporcione un marco temporal, si corresponde.

Treatment / Tratamiento

29 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
 Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
 ¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?
 Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

30 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?

Describe la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Describe todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?

Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

¿Usa el paciente aparatos, equipos o tecnología de apoyo para esta enfermedad?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

34 Is any future treatment planned for this condition?
¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

No **Go to 36**
No **Vaya a la 36**
Yes Give details below
Sí **Explique abajo**

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

37 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

<p>38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition). Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente pese al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo: Nota: Las respuestas deberán tener en consideración únicamente las limitaciones causadas por la enfermedad espinal. Las respuestas NO deberán tener en consideración las limitaciones que provengan de otra enfermedad (p.ej. de un miembro superior o inferior).</p>	<p>A Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? ¿Existe alguna restricción de la flexión hacia adelante de la espina toracolumbar?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Go to E Vaya a la E Go to B Vaya a la B
	<p>B Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? ¿Puede el paciente agacharse hasta la altura de la rodilla y volver a enderezarse sin dificultad?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>C Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? ¿Puede inclinarse hacia adelante para levantar un objeto liviano que está a la altura de la rodilla?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>D Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? ¿Puede agacharse hacia adelante para levantar un objeto liviano que está sobre un escritorio o mesa?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>E Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? ¿Existe alguna restricción de la rotación de la columna toracolumbar?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>F Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? ¿Existe alguna restricción de la rotación o extensión de la columna cervical?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Go to K Vaya a la K Go to G Vaya a la G
	<p>G Can the patient perform any overhead activities? ¿Puede realizar alguna actividad por encima de su cabeza?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>H Can the patient perform overhead activities without difficulty? ¿Puede realizar actividades por encima de la cabeza sin dificultad?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>I Does the patient have some difficulty with overhead activities? ¿Tiene alguna dificultad en realizar actividades por encima de su cabeza?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>J Can the patient sustain overhead activities? ¿Puede realizar actividades por encima de la cabeza durante cierto tiempo?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>K Is there restriction of some or all cervical spine movements? ¿Existen restricciones de algunos o todos los movimientos de la columna cervical?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Go to P Vaya a la P Go to L Vaya a la L
	<p>L Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? ¿Tiene alguna dificultad con los movimientos de la columna cervical?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>M Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? ¿Tiene dificultades con los movimientos de la columna cervical en todas las direcciones?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>N Is there complete loss of cervical spine rotation? ¿Ha perdido la totalidad de la rotación de la columna cervical?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>O Is there complete loss of cervical spine forward flexion? ¿Ha perdido la totalidad de la flexión hacia adelante de la columna cervical?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
	<p>P Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? ¿Puede permanecer sentado más de 30 minutos?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Go to Q Vaya a la Q Go to R Vaya a la R
<p>Q Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? ¿Puede permanecer sentado más de 10 minutos?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
<p>R Is the patient able to get up out of a chair without assistance? ¿Puede levantarse de una silla sin ayuda?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
<p>S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)? ¿Tiene suficiente movimiento espinal para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana (p.ej. vestirse, bañarse, ducharse o realizar tareas domésticas livianas)?</p>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?
¿Le resulta totalmente imposible realizar actividades que impliquen la función espinal?

No
No

Yes
Sí

U Describe any other impacts.
Describa cualquier otro impacto.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Más de 24 meses

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

Resolve
Se resolverá

Significantly improve **▶**
Mejorará mucho

Slightly improve
Mejorará un poco

Fluctuate
Fluctuará

Remain unchanged
No cambiará

Deteriorate
Se deteriorará

Uncertain
Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

42 Is this condition episodic or fluctuating?

¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Describa la frecuencia, duración y gravedad de los episodios, o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

Other information / Otra información

43 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors. Historial de esta enfermedad. Proporcione datos de las causas subyacentes y los factores contribuyentes.

44 Provide any additional comments about this condition. Proporcione comentarios adicionales sobre esta enfermedad.

PART C – Conditions impacting upper limb function

PARTE C – Enfermedades que afectan la función de los miembros superiores


PART C should be completed for conditions impacting upper limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting upper limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the upper limb.

Complete la Parte C en el caso de enfermedades que afecten la función de los miembros superiores, incluyendo pero sin limitarse a ellas, las siguientes: Artritis, parálisis o pérdida de fuerza o sensación como consecuencia de un ataque de apoplejía u otra lesión cerebral o nerviosa, parálisis cerebral u otra enfermedad que afecta la coordinación de los miembros superiores, inflamación o lesiones de los músculos o tendones, amputación y falta de la totalidad o de parte del miembro superior.

- 45 Does the patient have a condition impacting upper limb function?
¿Padece el paciente una enfermedad que afecta la función de los miembros superiores?
- No **Go to PART D**
 No **Vaya a la PARTE D**
 Yes Give details below
 Sí Explique abajo

Instructions for the doctor
 If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.
 Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.
 Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instrucciones para el doctor
 Si el paciente tiene más de una enfermedad de este tipo, proporcione aquí detalles sobre la enfermedad que tenga el *mayor* impacto sobre su capacidad funcional. Podrá dar datos de otras enfermedades en la PARTE F.
 Responda las preguntas siguientes basándose en una evaluación médica, en los resultados de pruebas y estudios y en el estado actual de los conocimientos científicos.
 No basta con los síntomas descritos por el paciente mismo.

-  **Attach:**
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Adjunte:**
- un informe del médico o especialista que trata generalmente al paciente (si no fuera usted) y
 - copias de los resultados de las pruebas y de los estudios pertinentes, por ejemplo radiografías u otras imágenes (sólo el informe) junto con los resultados de las pruebas físicas o evaluaciones de la capacidad funcional, si estuvieran disponibles.

Diagnosis / Diagnóstico

- 46 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
¿Cuál es el diagnóstico?
Proporcione datos específicos (p.ej. incluya el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades y/o el grado de avance si fuera pertinente).

47 The diagnosis is:
El diagnóstico es:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado ¿Quién confirmó el diagnóstico?

Name
Nombre
Qualifications
Calificaciones

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presuntivo ¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?

No Yes
No Sí

48 What was the date of diagnosis?
¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

49 What was the date of onset of symptoms (if known)?
¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

50 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
Proporcione un marco temporal, si corresponde.

Treatment / Tratamiento

51 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

52 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?

Describe la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Describe todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?

Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

¿Usa el paciente aparatos, equipos o tecnología de apoyo para esta enfermedad?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

56 Is any future treatment planned for this condition?
¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

No **Go to 58**
No **Vaya a la 58**
Yes Give details below
Sí **Explique abajo**

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

60 Which limb is affected?
¿Qué miembro está afectado?

Left Right
Izquierdo Derecho

61 Is the patient left or right dominant?
¿Es el paciente zurdo o diestro?

Left Right
Zurdo Diestro

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo:

A	Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty? ¿Puede el paciente levantar, manejar, manipular y usar la mayoría de los objetos cotidianos sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
B	Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)? ¿Puede levantar objetos más pesados sin dificultad (p.ej. un cartón de 2 litros de líquido o una bolsa llena de compras)?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
C	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? ¿Puede manejar objetos muy pequeños sin dificultad (p.ej. monedas)?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
D	Can the patient do up buttons without difficulty? ¿Puede abrochar botones sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
E	Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty? ¿Puede estirarse hacia arriba o hacia afuera para levantar objetos sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
F	Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty? ¿Puede levantar un cartón de un litro de líquido sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
G	Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty? ¿Puede levantar objetos livianos usando las manos juntas sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
H	Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty? ¿Puede sostener y usar un bolígrafo o lápiz sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	<p>Go to I Vaya a la I</p> <p>Go to J Vaya a la J</p>
I	The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): El grado de dificultad para sostener y usar un bolígrafo o lápiz es (marque una respuesta):	Mild <input type="checkbox"/> Leve	Moderate <input type="checkbox"/> Moderado	Severe <input type="checkbox"/> Grave
J	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? ¿Puede usar un teclado común sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	<p>Go to K Vaya a la K</p> <p>Go to L Vaya a la L</p>
K	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? ¿Puede usar un teclado de computadora con adaptaciones apropiadas sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
L	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? ¿Puede abrir la tapa de una botella de refresco sin dificultad?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
M	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? ¿Tiene una amputación que haga que una mano o un brazo sean no funcionales?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
N	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (Note: Both hands or both arms)? ¿Tiene movimiento o coordinación limitados en los brazos o las manos que limite profundamente las actividades (Nota: Ambas manos o ambos brazos)?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	
O	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? ¿Usa el paciente una prótesis o dispositivo de ayuda?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	<p>Go to R Vaya a la R</p> <p>Go to P Vaya a la P</p>
P	Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects? ¿Tiene dificultades para manejar, mover o llevar la mayoría de los objetos?	No <input type="checkbox"/> No	Yes <input type="checkbox"/> Sí	<p>Go to R Vaya a la R</p> <p>Go to Q Vaya a la Q</p>

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one):
¿Cuál es el grado de dificultad para manejar, mover o llevar la mayoría de los objetos (marque sólo una)?

Mild
Leve

Moderate
Moderado

Severe
Grave

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance?
¿Puede pasar las páginas de un libro sin dificultad y sin ayuda?

No **Go to S**
No **Vaya a la S**

Yes **Go to T**
Sí **Vaya a la T**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one):
¿Cuál es el grado de dificultad en pasar las páginas de un libro sin ayuda (marque sólo una)?

Mild
Leve

Moderate
Moderado

Severe
Grave

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms
(**Note:** Both hands or both arms)?
¿Tiene incapacidad total del uso de las manos o los brazos
(**Nota:** Ambas manos o ambos brazos)?

No Yes
No Sí

U Describe any other impacts.
Describa cualquier otro impacto.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

No **Go to next question**
No **Vaya a la próxima pregunta**

Yes **Give details below**
Sí **Explique abajo**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

Less than 3 months
Menos de 3 meses

3-24 months
3-24 meses

More than 24 months
Más de 24 meses

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

- Resolve
Se resolverá
- Significantly improve
Mejorará mucho
- Slightly improve
Mejorará un poco
- Fluctuate
Fluctuará
- Remain unchanged
No cambiará
- Deteriorate
Se deteriorará
- Uncertain
Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

- No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Sí Describa la frecuencia, duración y gravedad de los episodios, o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

Other information / Otra información

67 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
Historial de esta enfermedad. Proporcione datos de las causas subyacentes y los factores contribuyentes.

68 Provide any additional comments about this condition.
Proporcione comentarios adicionales sobre esta enfermedad.

71 The diagnosis is:
El diagnóstico es:

Confirmed **Confirmado**

Who confirmed the diagnosis?
¿Quién confirmó el diagnóstico?

Name
Nombre

Qualifications
Calificaciones

Presumptive **Presuntivo**

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?

No
No

Yes
Sí

72 What was the date of diagnosis?
¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

73 What was the date of onset of symptoms (if known)?
¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

74 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
Proporcione un marco temporal, si corresponde.

Treatment / Tratamiento

75 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

76 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?

Describe la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Describe todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?

Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

¿Usa el paciente aparatos, equipos o tecnología de apoyo para esta enfermedad?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

80 Is any future treatment planned for this condition?
¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

No Go to 82
No Vaya a la 82
Yes Give details below
Sí Explique abajo

81 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

- 84** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo:
- A** Does the patient have difficulty walking?
 ¿Tiene el paciente dificultad para caminar? No **Go to I**
 No **Vaya a la I**
 Yes **Go to B**
 Sí **Vaya a la B**
- B** Can the patient walk to local facilities without difficulty?
 ¿Puede caminar hasta las instalaciones de la zona sin dificultad? No Yes
 No Sí
- C** Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest?
 ¿Puede caminar (o desplazarse sin ayuda en una silla de ruedas) hasta las instalaciones de la zona sin parar para descansar? No Yes
 No Sí
- D** How far can the patient walk outside their home?
 ¿Qué distancia puede caminar el paciente fuera de su casa?
- E** Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities?
 ¿Necesita conducir o usar otro medio de transporte para llegar a las tiendas e instalaciones de la zona? No Yes
 No Sí
- F** Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket?
 ¿Necesita ayuda para caminar por un centro comercial o supermercado? No Yes
 No Sí
- G** Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket?
 ¿Necesita ayuda para caminar desde un aparcamiento hasta el centro comercial o supermercado? No Yes
 No Sí
- H** Is the patient unable to mobilise independently?
 ¿Es el paciente incapaz de desplazarse sin ayuda? No Yes
 No Sí
- I** Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick?
 ¿Usa una prótesis o un bastón? No **Go to K**
 No **Vaya a la K**
 Yes **Go to J**
 Sí **Vaya a la J**
- J** Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick?
 ¿Puede desplazarse eficazmente usando la prótesis o el bastón? No Yes
 No Sí
- K** Does the patient use a wheelchair?
 ¿Usa una silla de ruedas? No **Go to N**
 No **Vaya a la N**
 Yes **Go to L**
 Sí **Vaya a la L**
- L** Can the patient use the wheelchair independently?
 ¿Puede usar la silla de ruedas sin ayuda? No Yes
 No Sí
- M** Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance?
 ¿Puede subirse y bajarse de la silla de ruedas sin ayuda? No Yes
 No Sí
- N** Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)?
 ¿Usa aparatos de ayuda para caminar (p.ej. bastones cuádruples, muletas o andadores)? No **Go to Q**
 No **Vaya a la Q**
 Yes **Go to O**
 Sí **Vaya a la O**
- O** Does the patient move around independently using walking aids?
 ¿Se desplaza sin ayuda usando los aparatos de ayuda para caminar? No Yes
 No Sí
- P** Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)?
 ¿Necesita ayuda para desplazarse usando aparatos de ayuda para caminar, es decir, ayuda de otra persona para poder caminar en algunas superficies? No Yes
 No Sí
- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
 ¿Puede mantenerse de pie sin ayuda durante un mínimo de 10 minutos? No **Go to R**
 No **Vaya a la R**
 Yes **Go to S**
 Sí **Vaya a la S**

- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
¿Puede mantenerse de pie sin ayuda durante 5-10 minutos? No Yes
No Sí
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
¿Puede ponerse de pie (cuando está sentado) sin ayuda? No Yes
No Sí
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
¿Puede usar las escaleras sin dificultad? No **Go to U**
No **Vaya a la U**
Yes **Go to W**
Sí **Vaya a la W**
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
¿Tiene un poco de dificultad en subir las escaleras? No Yes
No Sí
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
¿Le resulta imposible al paciente usar las escaleras o subir o bajar escalones sin ayuda? No Yes
No Sí
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
¿Puede arrodillarse o ponerse en cuclillas y volver a ponerse de pie sin dificultad? No Yes
No Sí
- X** Can the patient use a motor vehicle?
¿Puede usar un vehículo automotor? No Yes
No Sí
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
¿Puede usar transporte público sin ayuda? No Yes
No Sí
- Z** Describe any other impacts.
Describa cualquier otro impacto.

85 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

- No **Go to next question**
No **Vaya a la próxima pregunta**
- Yes **Give details below**
Sí **Explique abajo**

86 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Más de 24 meses

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

- Resolve
Se resolverá
- Significantly improve
Mejorará mucho
- Slightly improve
Mejorará un poco
- Fluctuate
Fluctuará
- Remain unchanged
No cambiará
- Deteriorate
Se deteriorará
- Uncertain
Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

- No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Describe la frecuencia, duración y gravedad de los episodios, o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

Other information / Otra información

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Historial de esta enfermedad.
Proporcione datos de las causas subyacentes y los factores contribuyentes.

90 Provide any additional comments about this condition.
Proporcione comentarios adicionales sobre esta enfermedad.

PART E – Psychiatric and psychological conditions

PARTE E – Enfermedades psiquiátricas y psicológicas

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/frontal lobe syndrome.

Complete la PARTE E en el caso de enfermedades mentales incluyendo, pero sin limitarse a ellas, las siguientes:

Trastornos depresivos/de ansiedad crónicos, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de alimentación, trastornos de somatización, trastornos patológicos de personalidad, trastorno por estrés pos-traumático, síndrome de déficit de atención con hiperactividad que se manifiesta principalmente por problemas conductuales y problemas conductuales relacionados con lesiones cerebrales adquiridas/síndrome frontotemporal.

- 91** Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
¿Padece el paciente una enfermedad psiquiátrica o psicológica?
- No **Go to PART F**
No **Vaya a la PARTE F**
- Yes Give details below
Sí Explique abajo

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instrucciones para el doctor

Si el paciente tiene más de una enfermedad de este tipo, proporcione aquí detalles sobre la enfermedad que tenga el *mayor* impacto sobre su capacidad funcional. Podrá dar datos de otras enfermedades en la PARTE F.

Responda las preguntas siguientes basándose en una evaluación médica, en los resultados de pruebas y estudios y en el estado actual de los conocimientos científicos.

No basta con los síntomas descritos por el paciente mismo.

-  Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
Adjunte un informe del médico o especialista que trata generalmente al paciente (si no fuera usted).

Diagnosis / Diagnóstico

- 92** What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders code).
¿Cuál es el diagnóstico?
Proporcione datos específicos (p.ej. incluya el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades o el código del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

93 The diagnosis is:
El diagnóstico es:

Confirmed Go to next question
Confirmado Vaya a la próxima pregunta

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presuntivo ¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below
Sí Explique abajo

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
¿Fue confirmado el diagnóstico por un psiquiatra de consulta?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Provide details of the treating psychiatrist
Sí Proporcione los datos del psiquiatra tratante

Name
Nombre

Qualifications
Calificaciones

Address
Dirección

Country
País

Phone number
Número de teléfono


Country () Area code ()
País () Código de área ()

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.
Day/Día / Month/Mes / Year/Año

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.
Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Fecha(s) de la(s) consulta(s) a este psiquiatra.

Si fueran más de cuatro, incluya la fecha de la primera consulta y la de la consulta más reciente.

 Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Adjunte un informe del psiquiatra tratante. Este informe DEBE adjuntarse.

► **Go to 97**
Vaya a la 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
¿Fue diagnosticada la enfermedad por el médico que trata al paciente?

- No ► Go to next question
No ► Vaya a la próxima pregunta
- Yes ► Provide details of the treating doctor
Sí ► Proporcione los datos del médico tratante.

Name
Nombre

Qualifications
Calificaciones

Address
Dirección

Country
País

Phone number
Número de teléfono

Country () Area code ()
País () Código de área ()

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.
Fecha(s) de la(s) consulta(s) a este profesional.
Si fueran más de cuatro, incluya la fecha de la primera consulta y la de la consulta más reciente.

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Day/Día / Month/Mes / Year/Año



Attach a report from this treating doctor. This report **MUST** be attached.

Adjunte un informe de este médico tratante. Este informe **DEBE** adjuntarse.

- Go to next question
Vaya a la próxima pregunta

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?
 ¿Fue confirmado el diagnóstico por un psicólogo clínico (un psicólogo especializado cuyas calificaciones lo habilitan legalmente para diagnosticar y tratar enfermedades psiquiátricas y psicológicas en el/los país/ países donde ejerce)?

- No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Provide details of the clinical psychologist
 Sí Proporcione los datos del psicólogo clínico

Name
Nombre

Qualifications
Calificaciones

Address
Dirección

Country
País

Phone number
Número de teléfono

Country () Area code ()
País () Código de área ()

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.
 Fecha(s) de la(s) consulta(s) a este psicólogo clínico.

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.
 Si fueran más de cuatro, incluya la fecha de la primera consulta y la de la consulta más reciente.

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Fecha(s) de la(s) consulta(s) a este psicólogo clínico.
 Si fueran más de cuatro, incluya la fecha de la primera consulta y la de la consulta más reciente.

 Attach a report from this clinical psychologist. This report MUST be attached.
 Adjunte un informe de este psicólogo clínico. Este informe DEBE adjuntarse.

- Go to next question
 Vaya a la próxima pregunta

97 What was the date of diagnosis?
 ¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?
 ¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

99 What is the prognosis of this condition?
 Give a timeframe, if applicable.
 ¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
 Proporcione un marco temporal, si corresponde.

Empty text area for prognosis with horizontal dashed lines.

100 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, medicación, terapia mental, terapia cognitiva conductual, rehabilitación)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

101 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?
Describa la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

102 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Describa todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

103 What treatment has been undertaken in the past (e.g. medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. medicación, terapia mental, terapia cognitiva conductual, rehabilitación)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
 ¿Ha sido hospitalizado el paciente por esta enfermedad?

- No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Give details below, beginning with the most recent
 Sí Explique abajo, comenzando por la enfermedad más reciente

1	Condition (diagnosis) Enfermedad (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Fecha de hospitalización	Day/Día / Month/Mes / Year/Año / /
	Duration Duración	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nombre de la institución	<input type="text"/>

2	Condition (diagnosis) Enfermedad (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Fecha de hospitalización	Day/Día / Month/Mes / Year/Año / /
	Duration Duración	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nombre de la institución	<input type="text"/>

3	Condition (diagnosis) Enfermedad (diagnóstico)	<input type="text"/>
	Date of admission Fecha de hospitalización	Day/Día / Month/Mes / Year/Año / /
	Duration Duración	<input type="text"/>
	Reason Motivo	<input type="text"/>
	Name of institution Nombre de la institución	<input type="text"/>

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
 Si fue hospitalizado más de 3 veces, adjunte una hoja separada con los datos.

105 Is any future treatment planned for this condition?
 ¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

- No **Go to 107**
 No **Vaya a la 107**
- Yes Give details below
 Sí Explique abajo

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

106 What is the expected benefit of future treatment?
 Detail improvement in symptoms and functional capacity.
 ¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
 Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

Functional impact / Impacto funcional

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente **pese** al tratamiento:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
¿Tiene dificultades con el aseo personal y la vida independiente?

No **Go to B**
No **Vaya a la B**
Yes Provide details and examples below
Sí Proporcione datos y ejemplos abajo

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
¿Tiene dificultades con las actividades sociales/recreativas y los viajes?

No **Go to C**
No **Vaya a la C**
Yes Provide details and examples below
Sí Proporcione datos y ejemplos abajo

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
¿Tiene dificultades con las relaciones interpersonales?

No **Go to D**
No **Vaya a la D**

Yes Provide details and examples below
Sí Proporcione datos y ejemplos abajo

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
¿Tiene dificultades con la concentración y capacidad para finalizar tareas?

No **Go to E**
No **Vaya a la E**

Yes Provide details and examples below
Sí Proporcione datos y ejemplos abajo

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
¿Tiene dificultades con la conducta, planificación y la toma de decisiones?

No **Go to F**
No **Vaya a la F**

Yes Provide details and examples below
Sí Proporcione datos y ejemplos abajo

F Describe any other impacts.
Describa cualquier otro impacto.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

No **Go to next question**
No **Vaya a la próxima pregunta**

Yes **Give details below**
Sí **Explique abajo**

111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
 Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
 Menos de 3 meses 3-24 meses Más de 24 meses

112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

Resolve
 Se resolverá

Significantly improve
 Mejorará mucho

Slightly improve
 Mejorará un poco

Fluctuate
 Fluctuará

Remain unchanged
 No cambiará

Deteriorate
 Se deteriorará

Uncertain
 Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
 Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

113 Is this condition episodic or fluctuating?
 ¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
 Sí Describa la frecuencia, duración y gravedad de los episodios, o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

Other information / Otra información

114 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
 Historial de esta enfermedad. Proporcione datos de las causas subyacentes y los factores contribuyentes.

115 Provide any additional comments about this condition.
 Proporcione comentarios adicionales sobre esta enfermedad.

PART F – Other medical conditions

PARTE F – Otras enfermedades

116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a **SIGNIFICANT** impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?
¿Padece el paciente alguna otra enfermedad, incluyendo discapacidad intelectual, que tenga un impacto **IMPORTANTE** sobre su capacidad funcional (p.ej. resistencia, movimiento, función cognitiva, comunicación, comportamiento, capacidad de aseo personal independiente, necesidad de ayuda para las actividades de la vida cotidiana)?

- No **Go to PART G**
- No **Vaya a la PARTE G**
- Yes Give details below
- Sí Explique abajo

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Instrucciones para el doctor

Detalle las enfermedades de una en una; evite la agrupación de las enfermedades. **Si hubiera más de una enfermedad, fotocopie las páginas 42–48 para cada una de las enfermedades adicionales, responda las preguntas y adjunte las páginas completas a este formulario.**

Responda las preguntas siguientes basándose en una evaluación médica, en los resultados de pruebas y estudios, y en el estado actual de los conocimientos científicos.

No basta con los síntomas descritos por el paciente mismo.



- Attach:
- if this condition impacts vision a report from an **Ophthalmologist. This report MUST be attached,**
 - if this condition impacts hearing or other ear functions a report from an **Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. This report MUST be attached,**
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Adjunte:
- si esta enfermedad afecta la visión, **un informe de un oftalmólogo. Este informe DEBE adjuntarse,**
 - si esta enfermedad afecta la audición u otras funciones del oído, **un informe de un audiólogo o especialista otorrinolaringólogo. Este informe DEBE adjuntarse,**
 - un informe del médico o especialista que trata generalmente al paciente (si no fuera usted) y
 - los resultados de las pruebas y los estudios pertinentes (sólo los informes), si estuvieran disponibles.

Diagnosis / Diagnóstico

117 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
¿Cuál es el diagnóstico?
Proporcione datos específicos (p.ej. incluya el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades y/o el grado de avance si fuera pertinente).

118 The diagnosis is:
El diagnóstico es:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Confirmado ¿Quién confirmó el diagnóstico?

Name
Nombre

Qualifications
Calificaciones

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Presuntivo ¿Se han organizado más estudios/evaluaciones para confirmar el diagnóstico?

No Yes
No Sí

119 What was the date of diagnosis?
¿Cuál fue la fecha del diagnóstico?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

120 What was the date of onset of symptoms (if known)?
¿En qué fecha comenzaron los síntomas (si lo sabe)?

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

121 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?
Proporcione un marco temporal, si corresponde.

Treatment / Tratamiento

122 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
¿Qué tratamiento se suministra actualmente para esta enfermedad (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, terapia mental, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?
Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

123 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

¿Cuán efectivo es el tratamiento actual?

Describe la respuesta al tratamiento y el grado de control de los síntomas.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Describe todo efecto adverso del tratamiento, incluyendo su intensidad.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)? Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

¿Qué tratamientos se administraron en el pasado (p.ej. hospitalización, cirugía, medicación, terapia mental, fisioterapia, rehabilitación, gestión del dolor)?

Proporcione datos específicos (p.ej. la fecha de inicio, la frecuencia y duración del tratamiento o rehabilitación, el tipo y la dosis de los medicamentos).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

¿Usa el paciente aparatos, equipos o tecnología de apoyo para esta enfermedad?

No Go to next question

No Vaya a la próxima pregunta

Yes Give details below

Sí Explique abajo

127 Is any future treatment planned for this condition?
¿Se planea algún tratamiento para esta enfermedad en el futuro?

No **Go to 129**
No **Vaya a la 129**
Yes Give details below
Sí Explique abajo

128 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
¿Qué beneficio se anticipa que brindará el futuro tratamiento?
Detalle la mejoría de los síntomas y de la capacidad funcional.

129 Indicate compliance with recommended treatment:
Indique el grado de cumplimiento del tratamiento recomendado:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Muy cumplidor Normalmente cumplidor Rara vez cumplidor Incierto

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Detalle cualquier problema relacionado con el acceso a tratamientos apropiados o a su administración que afecte al nivel de cumplimiento.

Current symptoms / Síntomas actuales

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
¿Qué síntomas persisten actualmente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo?
Sea específico e incluya la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas.

--

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology. Describe in detail the impact on:
 Detalle el impacto que tiene la enfermedad actualmente sobre la capacidad funcional del paciente **pese** al tratamiento, a los aparatos, equipos o tecnología de apoyo.
 Describa en detalle el impacto sobre los siguientes:

A Endurance.
 Resistencia.

--

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
 Movimiento/destreza (p.ej. caminar, agacharse, sentarse, estar de pie, levantar/llevar/utilizar objetos).

--

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
 Función neurológica/cognitiva (p.ej. concentración, toma de decisiones, memoria, resolución de problemas).

--

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).
 Funciones de la consciencia (pérdida involuntaria del conocimiento o alteraciones de la consciencia, p.ej. ataques epilépticos, jaquecas).

--

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.
 Conducta, planificación, relaciones interpersonales.

--

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).
 Funciones sensoriales y de comunicación (p.ej. ver, oír, hablar).

--

G Digestive, reproductive and continence functions.
 Funciones digestiva, reproductiva y de continencia.

--

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).
 Necesidad de cuidados (p.ej. apoyo en la vida cotidiana, alojamiento asistido o cuidados en una residencia/hospital).

--

I Shopping and performing household tasks.
 Las compras y las tareas del hogar.

--

J Driving and use of public transport.
Conducción de vehículos y uso de transporte público.

K Other impacts as applicable.
Otros impactos según corresponda.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
¿Afecta la enfermedad a la capacidad de concurrir y participar en forma efectiva en el trabajo, los estudios o actividades de formación?

- No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta
- Yes Give details below
Sí Explique abajo

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Se anticipa que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente continuará durante:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Menos de 3 meses 3-24 meses Más de 24 meses

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Se anticipa que dentro de los próximos 2 años el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional del paciente:

- Resolve
Se resolverá
- Significantly improve
Mejorará mucho
- Slightly improve
Mejorará un poco
- Fluctuate
Fluctuará
- Remain unchanged
No cambiará
- Deteriorate
Se deteriorará
- Uncertain
Incierto

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Detalle la capacidad funcional que se logrará dentro de los próximos 24 meses.

135 Is this condition episodic or fluctuating?

¿Es esta enfermedad episódica o fluctúa?

No Go to next question
No Vaya a la próxima pregunta

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Describa la frecuencia, duración y gravedad de los episodios (incluyendo los episodios de pérdida del conocimiento o alteraciones de la consciencia) o describa de qué manera fluctúa la enfermedad. Incluya un comentario sobre la capacidad laboral durante los episodios y entre episodios o síntomas fluctuantes.

Other information / Otra información

136 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Historial de esta enfermedad.
Proporcione datos de las causas subyacentes y los factores contribuyentes.

137 Provide any additional comments about this condition.
Proporcione comentarios adicionales sobre esta enfermedad.

PART G – Additional information

PARTE G – Información adicional

138 Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
 ¿Padece el paciente alguna otra enfermedad, que esté normalmente bien controlada y cause un impacto mínimo o limitado sobre la capacidad funcional?

No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta
 Yes Give details below
 Sí Explique abajo

Condition (diagnosis) Enfermedad (diagnóstico)	Treatment Tratamiento	Significant improvement expected? ¿Se espera una mejoría importante?		Impact on ability to function Impacto sobre la capacidad funcional
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
1		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
2		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
3		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
4		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
 Si hubiera más de cuatro enfermedades que NO tienen un impacto importante sobre la capacidad funcional, adjunte una hoja separada con los datos.

139 Patient's details
 Datos del paciente

Height
 Altura
 Weight
 Peso
 Blood pressure
 Presión sanguínea

140 Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
 ¿Padece el paciente una enfermedad que pueda reducir en mucho su esperanza de vida?

No **Go to 142**
 No **Vaya a la 142**
 Yes Diagnosis of condition
 Sí Diagnóstico de la enfermedad

141 Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
 ¿Es el promedio de esperanza de vida de los pacientes con esta enfermedad menos de 24 meses?

No
 No
 Yes
 Sí

PART H – Capacity for work or training

PARTE H – Capacidad para trabajo/formación

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient’s current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient’s work capacity.
- Rate how the patient’s work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient’s age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Instrucciones para el doctor

La PARTE H permite presentar un resumen global de la capacidad laboral del paciente.

- En su evaluación de la capacidad laboral del paciente, tome en consideración únicamente las enfermedades que se estime afectarán a la capacidad funcional durante más de 2 años.
- Evalúe de qué manera se ve afectada la capacidad laboral ahora y durante los próximos 2 años. Ello implica todo trabajo que el paciente pueda realizar independientemente de la disponibilidad de dicho trabajo o de la edad, el nivel educacional o las habilidades laborales actuales del paciente.
- Marque **una** opción en cada columna de las tablas de capacidad laboral.
- Responda aun cuando el paciente no haya trabajado desde hace cierto tiempo.

142 Indicate your assessment of the patient’s capacity to do any work WITHOUT ANY INTERVENTION programs: i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation). Indique su evaluación de la capacidad del paciente para cualquier trabajo SIN PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: es decir SIN programas destinados a ayudar a las personas a volver al trabajo (p.ej. formación en el empleo, rehabilitación vocacional).

Work capacity / Capacidad laboral

	Current Actual	Within 6 months Dentro de 6 meses	6–24 months 6–24 meses	More than 24 months Más de 24 meses
0–7 hrs per week 0-7 horas por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8–14 hrs per week 8-14 horas por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15–29 hrs per week 15-29 horas por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30+ hrs per week 30+ horas por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type of work / Tipo de trabajo

Suggested suitable work
Sugerencia de trabajo apropiado

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Justifique las recomendaciones de capacidad laboral y tipo de trabajo

143 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:
 i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
 Indique su evaluación de la capacidad del paciente para cualquier trabajo CON PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: es decir CON programas que **están** diseñados especialmente para las personas con discapacidades físicas, intelectuales o psiquiátricas (p.ej. rehabilitación vocacional, servicios de empleo para personas discapacitadas) ASÍ COMO aquellos que **no lo están** (p.ej. formación vocacional o pre-vocacional, formación en el empleo y programas educativos).

Work capacity / Capacidad laboral

	Current Actual	Within 6 months Dentro de 6 meses	6–24 months 6–24 meses	More than 24 months Más de 24 meses
0–7 hrs per week 0–7 horas por semana				
8–14 hrs per week 8–14 horas por semana				
15–29 hrs per week 15–29 horas por semana				
30+ hrs per week 30+ horas por semana				

Type of work / Tipo de trabajo

Suggested suitable work
Sugerencia de trabajo apropiado

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Justifique las recomendaciones de capacidad laboral y tipo de trabajo

144 What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
¿Qué tipo(s) de ayuda contribuiría(n) más al retorno del paciente al trabajo?

No assistance required
No necesita ayuda

Go to 146
Vaya a la 146

Educational training (e.g. Year 12)
Formación educativa (p.ej. educación secundaria)

Vocational/work training and rehabilitation
Formación y rehabilitación vocacional/laboral

On-the-job training
Formación en el empleo

Voluntary work
Trabajo voluntario

Drug and alcohol assistance
Ayuda con problemas de drogas y alcohol

Other
Otros

Give details below
Explique abajo

Go to next question
Vaya a la próxima pregunta

145 Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
Indique su evaluación del interés que demuestra el paciente en obtener ayuda para volver al trabajo:

Nil Minimal Moderate Substantial
Ninguno Mínimo Moderado Considerable

Give details below
Explique abajo

PART i – Certification

PARTE i – Certificación

146 This patient has been... my patient since
 Esta persona es... mi paciente desde el

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

a patient at this practice since un paciente de este consultorio desde el

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?

¿Desea usted que una persona de Services Australia, o un evaluador médico autorizado por Services Australia se ponga en contacto con usted con respecto a este informe (p.ej. si existe alguna información que, si se diera a conocer al paciente, podría ser perjudicial para su salud física o mental)?

No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta

Yes The following days and local times suit me:
 Sí Los siguientes días y horarios (hora local) me son convenientes:

Day Día	Time Hora
<input type="text"/>	: : am to : : am : : pm a : : pm
<input type="text"/>	: : am to : : am : : pm a : : pm

Would you like an interpreter when speaking with us?
 ¿Desea un intérprete para nuestra conversación?

No Go to next question
 No Vaya a la próxima pregunta

Yes Preferred language
 Sí Idioma preferido

148 Doctor's details and declaration
 Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form.
 Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.
 Datos y declaración del médico
 No deje de leer la información sobre **La privacidad y su información personal de la página 3** de este formulario.
 Escriba en LETRA DE IMPRENTA o use un sello.

Details of doctor completing this report:
 Datos del doctor que completa este informe:

Name of doctor
 Nombre del doctor

Qualifications
 Calificaciones

Address
 Dirección

Country
 País

Phone number
 Número de teléfono Country () Area code
 País () Código de área ()

Signature
 Firma

Date
 Fecha Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Stamp (if applicable)
 Sello (si corresponde)

149 Returning this report
Envío de este informe

Return address
Dirección de envío

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Se ruega enviar por correo postal este informe completo y cualquier adjunto directamente a International Services o, si prefiere, puede entregarle este informe completo y cualquier adjunto a su paciente para que lo envíe a International Services.

Muchas gracias por su colaboración.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **900 951 547** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Spain.

If this service is not available call Services Australia on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

PREGUNTAS

Si tiene usted alguna pregunta, llame a Services Australia directamente (llamada gratuita) al **900 951 547** (de lunes a viernes, entre las 0800 y las 1700 horas del horario de Hobart).

Puede que este servicio no esté disponible en todas las zonas de España.

Si el servicio no estuviera disponible llame a Services Australia al **(+61 3) 6222 3455** (desde fuera de Australia) o al **131 673** (desde Australia).

Nota: Estas llamadas se cobran. Las llamadas desde teléfonos móviles pueden costar una tarifa más elevada.