

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.

VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

8740 NORTH KENDALL DRIVE

SUITE 114

MIAMI FLORIDA 33176

PH: 305.275.9990

FAX: 305.275.9433

VPCDESK@VICTORYPAINCENTER.COM

PATIENT INFORMATION

INFORMACION DEL PACIENTE

LAST NAME: (APELLIDO):	FIRST NAME: (NOMBRE):	
ADDRESS: (DIRECCION):		
CITY: (CIUDAD):	STATE: (ESTADO):	ZIP CODE:
DATE OF BIRTH: (FECHA DE NACIMIENTO): / /	SS #:	
HOME PHONE: (TEL. DE LA CASA):	WORK PHONE: (TEL DEL TRABAJO):	
CELL: (TEL. CELULAR):	SEX: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other/Otro (SEXO):	
REFERRAL Dr: (REFERIDO POR EL Dr):	PHONE: FAX:	
EMAIL:		

RELATION TO INSURED: <input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> SPOUSE <input type="checkbox"/> PARENT <input type="checkbox"/> OTHER: (RELACION DEL ASEGURADO): <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> OTRO:	
INS COMP. / W/C:	
BILLING ADDRESS:	
PHONE:	FAX:
MEMBER ID:	GROUP:
CASE MANAGER:	
PHONE:	FAX:
C/M EMAIL:	
ADJUSTER:	
PHONE:	FAX:
ADJ EMAIL:	
DATE OF ACCIDENTE: / /	CLAIM #:
NAME OF ATTORNEY:	
PHONE:	FAX:

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

REGISTRACION

Nombre y apellido del Paciente: _____

Persona Responsable por la Cuenta (Si es un Menor): _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Sexo: M F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Trabajo del Paciente: _____

Direccion del Trabajo: _____

Ocupacion: _____ Telefono del Trabajo: _____

Esposa (O Persona Responsable de la Cuenta) Empleado En: _____

Direccion del trabajo: _____

Ocupacion: _____ Telefono del Trabajo: _____

Proposito de la Visita: _____

Quien es responsable de la Cuenta? _____ Relacion con el Pacientet: _____

Social Security #: _____

Tienen el Paciente Seguro Medico? No Si Si es Si,

Nombre del Seguro Principal: _____ Polisa: _____ Grupo: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ Polisa: _____ Grupo: _____

En Caso de Emergencia, a quien debemos notificar? _____ Telefono: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Telefono: _____

Como supo de nuestra practica? _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

The undersigned hereby authorizes the release of any information relating to all claims for benefits submitted on behalf of myself and/or dependents. I further expressly agree and acknowledge that my signature on this document authorizes my physician to submit claims for benefits, for services rendered or for services to be rendered, without obtaining my signature on each and every claim to be submitted for myself and/or dependents, and that I will be bound by this signature as though the undersigned had personally signed the particular claim.

Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al Dr. **Howard W. Popp M.D., M.S., M.B.A** todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos por mi, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al Doctor **Howard W. Popp M.D., M.S., M.B.A** a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en presentaciones que se hagan ante el seguro.

Firma de la Persona Responsable

Dia

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ - POPP M.D.

HISTORIA DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____
A que se debe su visita medica?

SINTOMAS: MARQUE LOS SINTOMAS QUE USTED TIENE ACTUALMENTE, O QUE HA TENIDO EN EL PASADO AÑO.

GENERAL	MUSCULO /ARTICILACION /HUESO DOLOR, DEBILIDAD, ENTUMESIMIENTO EN:	PARA LAS MUJERES SOLAMENTE	GASTROINTESTINAL	OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA
<input type="checkbox"/> Escalofrios <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Perdida de Sueño <input type="checkbox"/> Perdida de Peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumescimiento <input type="checkbox"/> Sudores CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Alta <input type="checkbox"/> Latidos Irregulares del Corazon <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Baja <input type="checkbox"/> Mala Circulacion <input type="checkbox"/> Latidos Acelerados del Corazon <input type="checkbox"/> Hinchazon de los Tobillos <input type="checkbox"/> Venas Varicosas <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon	<input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <p style="text-align: center;">PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se Pone Morada Facilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazon <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Llagas que No Cicatriza	<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre Periodos <input type="checkbox"/> Bulto en el Seno <input type="checkbox"/> Dolor Menstrual muy Fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje (Hot Flashes) <input type="checkbox"/> Supuracion Por Los Pezones <input type="checkbox"/> Coito Doloroso <input type="checkbox"/> Supuracion por la Vagina <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Fecha de la Ultima Menstruacion _____ <input type="checkbox"/> Ha tenido un Mamograma? _____ <input type="checkbox"/> Esta Ud. embarazada? _____ <input type="checkbox"/> Cuantos hijos tiene? _____	<input type="checkbox"/> Reflujo Gastrico <input type="checkbox"/> Poco Apetito <input type="checkbox"/> Cambios al Defecar _____ <input type="checkbox"/> Extreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesiva Hambre <input type="checkbox"/> Excesiva Sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sangrar por el Recto <input type="checkbox"/> Dolor de Estomago <input type="checkbox"/> Vomitos <input type="checkbox"/> Vomito de Sangre <p style="text-align: center;">GENITO-URINARY</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Miccion (orinar) Frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la Vejiga <input type="checkbox"/> Mlcion Dolorosa	<input type="checkbox"/> Sangrar pol as Encias <input type="checkbox"/> Vista Nublada <input type="checkbox"/> Dificultad al Tragar <input type="checkbox"/> Vision Doble <input type="checkbox"/> Dolor de oidos <input type="checkbox"/> Supuracion por los Oidos <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Perdida de la Audicion <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales <input type="checkbox"/> Tos Persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los Oidos <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus <input type="checkbox"/> Vision - Fulguracion <input type="checkbox"/> Vision – Circulos de luz <p style="text-align: center;">MEN ONLY</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el Pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la Ereccion <input type="checkbox"/> Bulto en los Testiculos <input type="checkbox"/> Suporacion por el Pene <input type="checkbox"/> Lagas en el Pene <input type="checkbox"/> Other _____

CONDICIONES: MARQUE LAS CONDICIONES QUE USTED TIENE O HA TENIDO EN EL PASADO

<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcolismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Sangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cancer Tipo _____ <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogadiccion <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insulina Depend <input type="checkbox"/> Non Insulina <input type="checkbox"/> Emfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatas <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñon <input type="checkbox"/> Enfermedades del Higado <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Prostata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas en la Tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALERGIAS: A MEDICAMENTOS, SUSTANCIAS O COMIDA

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

HISTORIA FAMILIAR				
RELACION	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD A LA MUERTE	CAUSA DE LA MUERTE
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

HOSPITALIZACIONES		
AÑO	HOSPITAL	MOTIVO DE LA HOSPITALIZACION Y RESULTADO

Ha tenido Ud. alguna vez una transfusion de sangre? SI NO Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas. _____

ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS	FECHA	RESULTADO

INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL TRABAJO
Marque <input type="checkbox"/> si su trabajo lo expone a Ud. A alguna de las siguientes condiciones:
<input type="checkbox"/> Estrés
<input type="checkbox"/> Sustancias Peligrosas
<input type="checkbox"/> Levantamiento de Objetos Pesados
<input type="checkbox"/> Otras
Su Ocupacion: _____

Certifico que la informacion incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no hare responsable ni a mi doctor ni a ningun integrante de su personal por errors u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma del Paciente Fecha

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I was provided a copy of the Notice of Privacy Practices (pages 1-4) and that I have read (or had the opportunity to read if I so chose) and understood the Notice.

Patient Name (please print) _____
Date

Parent or Authorized Representative (If applicable)

Signature

Internal Use Only;

If the patient or patient's representative refuses to sign acknowledgement of receipt of notice, please document the date and time the notice was presented

To patient and sign below.

Presented on (date and time): _____

By (name and title): _____

Privacy Officer's acknowledgement: _____

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

RIESGO DE OPIOIDES

Nombre: _____ Fecha: _____

Marque la casilla que corresponda		Mujer	Hombre
1.- <u>Historia Familiar</u> de abuso de sustancias	* Alcohol * Drogas Ilegales * Medicamentos Recetados	() () ()	() () ()
2.- <u>Historia Personal</u> de abuso de sustancias	* Alcohol * Drogas Ilegales * Medicamentos Recetados	() () ()	() () ()
3.- Edad entre 16-45 años (Marque la casilla)		()	()
4.- Historia de abuso sexual en la pre-adolescencia.		()	()
5.- Historia Psiquiatrica	Deficit de atencion, Obsesivo Compulsivo, Hiperactividad, Esquizofrenia, Depression	() () () () ()	() () () () ()

Firma del Paciente

VICTORY PAIN CENTER
HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

**CONSENT TO USE OR DISCLOSE INFORMATION FOR TREATMENT,
PAYMENT OR HEALTH CARE OPERATIONS**

The Patient hereby consents to the use or disclosure of his/her individually identifiable health information ("protected health information") and patient medical record information by **Victory Pain Center, Howard W. Popp. M.D., P.A.** (the "Practice") in order to carry out treatment, payment, or health care operations. The Patient should review the Practice's Notice of Privacy Practices for a more complete description of the potential uses and disclosures of such information, and the Patient has the right to review such Notice prior to signing this Consent Form.

The Practice reserves for itself the right to change the terms of its Notice of Privacy Practices at any time. If the Practice does change the terms of its Notice of Privacy Practices, Patient may obtain a copy of the revised Notice.

Patient retains the right to request that the Practice further restrict how his/her protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. The Practice is not required to agree to such requested restrictions; however, if the Practice does agree to Patient's requested restriction(s), such restrictions are then binding on the Practice.

Patient acknowledges and agrees that the Practice may disclose Patient's protected health information and patient medical record information to the following individuals who are either the Patient's family members, legal representatives, guardians, health care surrogates, or have power of attorney on behalf of the Patient:

Patient agrees that the Practice may disclose the following types of information contained in the Patient's medical records if Patient has NOT initialed the appropriate categories listed below:

- HIV/AIDS Information
- Mental Health Information
- Substance Abuse Information
- Sexually Transmitted Disease Information
- If Patient is under the age of eighteen (18), Pregnancy Information

Patient agrees and consents to the Practice releasing information to Patient in the following alternative manners (please initial the appropriate spaces below):

_____ Via e-mail to the Patient's designated e-mail address which is:

_____ Via Regular Mail with any envelopes being marked personal and confidential and addressed to Patient.

_____ The Patient may contact the Practice and provides the appropriate information (including the Patient's name, date of birth and/or social security number and unique personal identifier).

At all times, Patient retains the right to revoke this Consent. Such revocation must be submitted to the Practice in writing. The revocation shall be effective *except* to the extent that the Practice has already taken action in reliance on the Consent.

The Practice may refuse to treat Patient if he/she (or an authorized representative) does not sign this Consent Form. If patient (or authorized representative) signs this Consent and then revokes it, the Practice has the right to refuse to provide further treatment to Patient as of the time of revocation (except to the extent that the Practice is required by law to treat individuals).

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION IN THIS CONSENT. I HAVE RECEIVED A COPY OF THIS CONSENT, AND I AM THE PATIENT OR AM AUTHORIZED TO ACT ON BEHALF OF THE PATIENT TO SIGN THIS SEALED DOCUMENT VERIFYING CONSENT TO THE ABOVE STATED TERMS.

Date: _____ **Time** _____ **AM/PM.**

Signature of Patient (or Authorized Representative*)

Please Print Name

***Please explain Representative's Relationship to Patient and include a description of Representative's Authority to act on behalf of the Patient:** _____

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

Resumen de Dolor

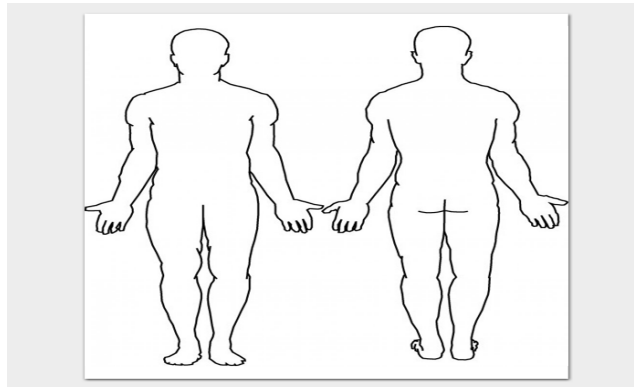
Nombre: _____ Dia: _____

1.-Durante nuestra vida, a veces, hemos tenido dolores algo comunes (como dolor de cabeza, dolor de muela, torceduras, etc.). Fuera de estos dolores, ha tenido hoy otra clase de dolor?

1. Si 2. No

2.- En el siguiente diagrama por favor marque el area, o areas, donde siente dolor. Y marque con una X el punto donde mas le duele.

DERECHA ADELANTE IZQUIERDA IZQUIERDA DETRAS DERECHA



3.- En la escala siguiente, el numero (0) indica la ausencia de dolor y el numero (10) indica el mayor dolor que haya tenido. Favor circule el numero que representa el dolor mas fuerte que haya tenido en las ultimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho dolor

4.- Favor describa el menor dolor que siente normalmente poniendo un circulo en el numero que mejor lo describe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

5.- Favor circule el numero que mejor describe el dolor que tiene normalmente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

6.- Favor indique la intensidad de dolor que tenga en este momento, poniendo un circulo en el numero que mejor lo describe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Mucho Dolor

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

7.- Que medicinas ha tomado para el dolor?

8.- En las ultimas 24 horas que tanto alivio le ha dado el tratamiento recibido, o las medicinas que haya tomado?
Favor circule el porcentaje que indique la mayor mejoria que haya tenido.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Sin Alivio

Alivio Total

9.- Circule un numero que describa como en las ultimas 24 horas el dolor ha interferido con su:

(A) Actividad General

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(B) Estado de Animo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(C) Habilidad de Caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(D) Trabajo Normal (Incluye trabajo dentro y fuera de la casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(E) Su Interaccion con otras Personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(F) Al Dormir

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

(G) El Disfrute de su Vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

Firma del Paciente: _____

VICTORY PAIN CENTER

HOWARD W. POPP M.D., M.S., M.B.A.
VIVIAN HERNANDEZ-POPP M.D.

STRATFORD DISABILITY PAIN SCALE

NOMBRE:

DATE: / /

	ACTIVIDADES	DIFICULTAD EXTREMA O INCAPAZ DE REALIZAR LA ACTIVIDAD	MUCHA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	UN POCO DE DIFICULTAD	NINGUNA DIFICULTAD
1	ALGUNA PARTE DE SU TRABAJO HABITUAL, QUEHACERES DOMESTICOS, O ACTIVIDADES ESCOLARES	0	1	2	3	4
2	SUS PASATIEMPOS USUALES, ACTIVIDADES RECREATIVAS O DEPORTIVAS	0	1	2	3	4
3	ENTRANDO O SALIENDO DE LA TINA	0	1	2	3	4
4	CAMINANDO DE UNA HABITACION A OTRA	0	1	2	3	4
5	PONIENDOSE LOS ZAPATOS O MEDIAS	0	1	2	3	4
6	PONIENDOSE EN SENTADILLAS	0	1	2	3	4
7	LEVANTANDO UN OBJETO, POR EJEMPLO, UNA BOLSA DE COMPRAS DE SUPERMERCADO DEL PISO	0	1	2	3	4
8	REALIZANDO ACTIVIDADES LIGERAS EN SU CASA	0	1	2	3	4
9	REALIZANDO ACTIVIDADES PESADAS EN SU CASA	0	1	2	3	4
10	SUBIENDOSE O BAJANDOSE DE UN CARRO	0	1	2	3	4
11	CAMINANDO DOS CUADRAS	0	1	2	3	4
12	CAMINANDO UNA MILLA	0	1	2	3	4
13	SUBIENDO O BAJANDO 10 PELDAÑOS DE UNA ESCALERA	0	1	2	3	4
14	ESTANDO PARADO POR UNA HORA	0	1	2	3	4
15	ESTANDO SENTADO POR UNA HORA	0	1	2	3	4
16	CORRIENDO SOBRE TERRENO PLANO	0	1	2	3	4
17	CORRIENDO SOBRE TERRENO IRREGULAR	0	1	2	3	4
18	HACIENDO VUELTAS AGUDAS MIENTRAS CORRE RAPIDAMENTE	0	1	2	3	4
19	SALTANDO	0	1	2	3	4
20	VOLTEANDOSE EN LA CAMA	0	1	2	3	4
	TOTALES POR COLUMNA					

SCORE _____/80