

Patient Summary Form

PSF-750 (Rev:2/18/2009)

Instructions

Please complete this form within the specified timeline and fax to the specified fax number as indicated on Plan Summary or plan information previously provided.

*Fax number may vary by plan.

Patient Information

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Female	<input type="text"/>
Patient name Last	First	MI	<input type="radio"/> Male	Patient date of birth
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patient address		City	State	Zip code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patient insurance ID#	Health plan	Group number		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Referring physician (if applicable)	Date referral issued (if applicable)	Referral number (if applicable)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

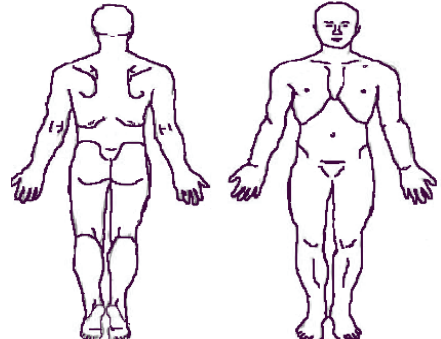
Provider Information

<input type="text"/>		<input type="text"/>																				
1. Name of the billing provider or facility (as it will appear on the claim form)		2. Federal tax ID(TIN) of entity in box #1																				
<input type="text"/>		<input type="text"/>																				
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">1</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">MD/DO</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">2</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">DC</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">3</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">PT</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">4</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">OT</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">5</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">Both PT and OT</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">6</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">Home Care</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">7</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">ATC</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">8</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">MT</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">9</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">Other</td> <td style="border:1px solid black; padding:2px;">_____</td> </tr> </table>				1	MD/DO	2	DC	3	PT	4	OT	5	Both PT and OT	6	Home Care	7	ATC	8	MT	9	Other	_____
1	MD/DO	2	DC	3	PT	4	OT	5	Both PT and OT	6	Home Care	7	ATC	8	MT	9	Other	_____				
3. Name and credentials of the individual performing the service(s)																						
<input type="text"/>																						
4. Alternate name (if any) of entity in box #1		5. NPI of entity in box #1																				
<input type="text"/>		<input type="text"/>																				
6. Phone number		7. Address of the billing provider or facility indicated in box #1																				
<input type="text"/>		<input type="text"/>																				
8. City		9. State																				
<input type="text"/>		<input type="text"/>																				
10. Zip code		<input type="text"/>																				

Provider Completes This Section:

<p>Date you want THIS submission to begin:</p> <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	<p>Cause of Current Episode</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"> (1) Traumatic (2) Unspecified (3) Repetitive </td> <td style="width:50%; border:none;"> (4) Post-surgical (5) Work related (6) Motor vehicle </td> </tr> </table>	(1) Traumatic (2) Unspecified (3) Repetitive	(4) Post-surgical (5) Work related (6) Motor vehicle	<p>Date of Surgery</p> <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	<p>Diagnosis (ICD code) Please ensure all digits are entered accurately</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:10%; text-align:right;">1°</td> <td style="width:20%;"><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td style="width:10%; text-align:center;">.</td> <td style="width:20%;"><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td style="width:10%;"><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td style="width:10%;"><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td>.</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td>.</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4°</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td>.</td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	2°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	3°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	4°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
(1) Traumatic (2) Unspecified (3) Repetitive	(4) Post-surgical (5) Work related (6) Motor vehicle																												
1°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																								
2°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																								
3°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																								
4°	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	.	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																								
<p>Patient Type</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>(1) New to your office</td></tr> <tr><td>(2) Est'd, new injury</td></tr> <tr><td>(3) Est'd, new episode</td></tr> <tr><td>(4) Est'd, continuing care</td></tr> </table>	(1) New to your office	(2) Est'd, new injury	(3) Est'd, new episode	(4) Est'd, continuing care	<p>Type of Surgery</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>(1) ACL Reconstruction</td></tr> <tr><td>(2) Rotator Cuff/Labral Repair</td></tr> <tr><td>(3) Tendon Repair</td></tr> <tr><td>(4) Spinal Fusion</td></tr> <tr><td>(5) Joint Replacement</td></tr> <tr><td>(6) Other _____</td></tr> </table>	(1) ACL Reconstruction	(2) Rotator Cuff/Labral Repair	(3) Tendon Repair	(4) Spinal Fusion	(5) Joint Replacement	(6) Other _____	<p>DC ONLY</p> <p>Anticipated CMT Level</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>() 98940</td> <td>() 98942</td> </tr> <tr> <td>() 98941</td> <td>() 98943</td> </tr> </table>		() 98940	() 98942	() 98941	() 98943												
(1) New to your office																													
(2) Est'd, new injury																													
(3) Est'd, new episode																													
(4) Est'd, continuing care																													
(1) ACL Reconstruction																													
(2) Rotator Cuff/Labral Repair																													
(3) Tendon Repair																													
(4) Spinal Fusion																													
(5) Joint Replacement																													
(6) Other _____																													
() 98940	() 98942																												
() 98941	() 98943																												
<p>Nature of Condition</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>(1) Initial onset (within last 3 months)</td></tr> <tr><td>(2) Recurrent (multiple episodes of < 3 months)</td></tr> <tr><td>(3) Chronic (continuous duration > 3 months)</td></tr> </table>		(1) Initial onset (within last 3 months)	(2) Recurrent (multiple episodes of < 3 months)	(3) Chronic (continuous duration > 3 months)	<p>Current Functional Measure Score</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>Neck Index</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> <td>DASH</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Back Index</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> <td>LEFS</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="text-align:center;">(other)</td> </tr> </table>			Neck Index	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	DASH	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	Back Index	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	LEFS	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	(other)											
(1) Initial onset (within last 3 months)																													
(2) Recurrent (multiple episodes of < 3 months)																													
(3) Chronic (continuous duration > 3 months)																													
Neck Index	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	DASH	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																								
Back Index	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	LEFS	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	(other)																									

El Paciente Completa Esta Sección:

<p>Los síntomas empezaron: <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/></p> <p>(Por favor llene todas las selecciones completamente)</p> <p>1. Describa brevemente sus síntomas:</p> <hr/> <p>2. ¿Cómo empezaron sus síntomas?</p> <hr/> <p>3. Intensidad promedio del dolor:</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%;">En las últimas 24 horas:</td> <td style="width:15%;">sin dolor</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(0)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(1)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(2)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(3)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(4)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(5)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(6)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(7)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(8)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(9)</td> <td style="width:10%; text-align:center;">(10)</td> <td style="width:15%;">dolor extremo</td> </tr> <tr> <td>La semana pasada:</td> <td>sin dolor</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> <td>(6)</td> <td>(7)</td> <td>(8)</td> <td>(9)</td> <td>(10)</td> <td>dolor extremo</td> </tr> </table> <p>4. ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas?</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">(1) Constantemente (del 76% al 100% del tiempo)</td> <td style="width:33%;">(2) Frecuentemente (del 51% al 75% del tiempo)</td> <td style="width:33%;">(3) Ocasionalmente (del 26% al 50% del tiempo)</td> </tr> </table> <p>5. ¿En qué medida sus síntomas interfieren en sus actividades diarias habituales? (incluyendo el trabajo dentro y fuera del hogar)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:20%;">(1) En nada</td> <td style="width:20%;">(2) Un poco</td> <td style="width:20%;">(3) Moderadamente</td> <td style="width:20%;">(4) Bastante</td> <td style="width:20%;">(5) Mucho</td> </tr> </table> <p>6. Desde que comenzó a recibir atención en este centro, ¿cómo se encuentra su condición?</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%;">(0) No corresponde, ésta es la primera visita</td> <td style="width:15%;">(1) Mucho peor</td> <td style="width:15%;">(2) Peor</td> <td style="width:15%;">(3) Un poco peor</td> <td style="width:15%;">(4) Sin cambios</td> <td style="width:15%;">(5) Un poco mejor</td> <td style="width:15%;">(6) Mejor</td> <td style="width:15%;">(7) Mucho mejor</td> </tr> </table> <p>7. En general, diría que su salud general en este momento es:</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%;">(1) Excelente</td> <td style="width:15%;">(2) Muy buena</td> <td style="width:15%;">(3) Buena</td> <td style="width:15%;">(4) Regular</td> <td style="width:15%;">(5) Deficiente</td> </tr> </table>	En las últimas 24 horas:	sin dolor	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	dolor extremo	La semana pasada:	sin dolor	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	dolor extremo	(1) Constantemente (del 76% al 100% del tiempo)	(2) Frecuentemente (del 51% al 75% del tiempo)	(3) Ocasionalmente (del 26% al 50% del tiempo)	(1) En nada	(2) Un poco	(3) Moderadamente	(4) Bastante	(5) Mucho	(0) No corresponde, ésta es la primera visita	(1) Mucho peor	(2) Peor	(3) Un poco peor	(4) Sin cambios	(5) Un poco mejor	(6) Mejor	(7) Mucho mejor	(1) Excelente	(2) Muy buena	(3) Buena	(4) Regular	(5) Deficiente	<p>Indique en qué parte siente dolor u otros síntomas:</p> <div style="text-align:center;">  </div> <p>(4) Intermitentemente (del 0% al 25% del tiempo)</p>
En las últimas 24 horas:	sin dolor	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	dolor extremo																																					
La semana pasada:	sin dolor	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	dolor extremo																																					
(1) Constantemente (del 76% al 100% del tiempo)	(2) Frecuentemente (del 51% al 75% del tiempo)	(3) Ocasionalmente (del 26% al 50% del tiempo)																																																
(1) En nada	(2) Un poco	(3) Moderadamente	(4) Bastante	(5) Mucho																																														
(0) No corresponde, ésta es la primera visita	(1) Mucho peor	(2) Peor	(3) Un poco peor	(4) Sin cambios	(5) Un poco mejor	(6) Mejor	(7) Mucho mejor																																											
(1) Excelente	(2) Muy buena	(3) Buena	(4) Regular	(5) Deficiente																																														

Firma del paciente: X Fecha: _____