

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="text"/>	Female <input type="radio"/>	Patient date of birth <input style="width:100%;" type="text"/>
Patient name Last	First	MI		Male <input type="radio"/>	
<input type="text"/>			City	State	Zip code
<input type="text"/>		Health plan	Group number		
<input type="text"/>		Date referral issued (if applicable)		Referral number (if applicable)	

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														
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					6. Phone number									
<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>									
7. Address of the billing provider or facility indicated in box #1								8. City		9. State		10. Zip code							

Provider Completes This Section:

Date you want THIS submission to begin:

<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
--	--	--	--

Patient Type

- 1 New to your office
- 2 Est'd, new injury
- 3 Est'd, new episode
- 4 Est'd, continuing care

Cause of Current Episode

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 Traumatic | <input type="radio"/> 4 Post-surgical |
| <input type="radio"/> 2 Unspecified | <input type="radio"/> 5 Work related |
| <input type="radio"/> 3 Repetitive | <input type="radio"/> 6 Motor vehicle |

Date of Surgery

<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
--	--	--	--

Type of Surgery

- 1 ACL Reconstruction
- 2 Rotator Cuff/Labral Repair
- 3 Tendon Repair
- 4 Spinal Fusion
- 5 Joint Replacement
- 6 Other

Diagnosis (ICD code)

Please ensure all digits are entered accurately

1°	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
2°	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
3°	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
4°	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

Nature of Condition

- 1 Initial onset (within last 3 months)
- 2 Recurrent (multiple episodes of < 3 months)
- 3 Chronic (continuous duration > 3 months)

DC ONLY	
Anticipated CMT Level	
<input type="radio"/> 98940	<input type="radio"/> 98942
<input type="radio"/> 98941	<input type="radio"/> 98943

Current Functional Measure Score

Neck Index	<input style="width:100%;" type="text"/>	DASH	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
Back Index	<input style="width:100%;" type="text"/>	LEFS	<input style="width:100%;" type="text"/>	(other) <input style="width:50px;" type="text"/>	

El Paciente Completa Esta Sección:

Los síntomas empezaron:

(Por favor llene todas las selecciones completamente)

<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
--	--	--	--

1. Describa brevemente sus síntomas:

2. ¿Cómo empezaron sus síntomas?

3. Intensidad promedio del dolor:

En las últimas 24 horas:	sin dolor	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	dolor extremo
La semana pasada:	sin dolor	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	dolor extremo

4. ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas?

- 1 Constantemente (del 76% al 100% del tiempo)
- 2 Frecuentemente (del 51% al 75% del tiempo)
- 3 Ocasionalmente (del 26% al 50% del tiempo)
- 4 Intermittentemente (del 0% al 25% del tiempo)

5. ¿En qué medida sus síntomas interfieren en sus actividades diarias habituales? (incluyendo el trabajo dentro y fuera del hogar)

- 1 En nada
- 2 Un poco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Mucho

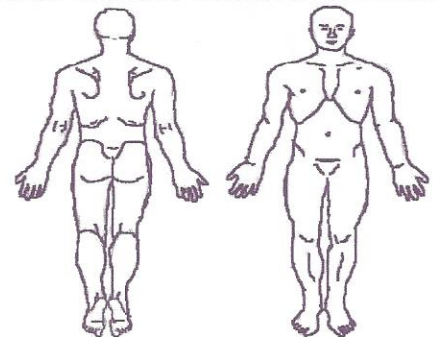
6. Desde que comenzó a recibir atención en este centro, ¿cómo se encuentra su condición?

- 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

7. En general, diría que su salud general en este momento es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Deficiente

Indique en qué parte siente dolor u otros síntomas:



Firma del paciente: X

Fecha: _____

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____