

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

### Provider Information

<input type="text"/>					<input type="text"/>													
<small>1. Name of the billing provider or facility (as it will appear on the claim form)</small>					<small>2. Federal tax ID(TIN) of entity in box #1</small>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<small>1</small>	<small>MD/DO</small>	<small>2</small>	<small>DC</small>	<small>3</small>	<small>PT</small>	<small>4</small>	<small>OT</small>	<small>5</small>	<small>Both PT and OT</small>	<small>6</small>	<small>Home Care</small>	<small>7</small>	<small>ATC</small>	<small>8</small>	<small>MT</small>	<small>9</small>	<small>Other</small>	<input type="text"/>
<small>3. Name and credentials of the individual performing the service(s)</small>																		
<input type="text"/>																		
<small>4. Alternate name (if any) of entity in box #1</small>						<small>5. NPI of entity in box #1</small>						<small>6. Phone number</small>						
<input type="text"/>						<input type="text"/>						<input type="text"/>						
<small>7. Address of the billing provider or facility indicated in box #1</small>										<small>8. City</small>			<small>9. State</small>		<small>10. Zip code</small>			
<input type="text"/>										<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### Provider Completes This Section:

Date you want THIS submission to begin:

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

- 1 Traumatic
- 2 Unspecified
- 3 Repetitive
- 4 Post-surgical
- 5 Work related
- 6 Motor vehicle

#### Date of Surgery

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

<small>1°</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>2°</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>3°</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>4°</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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)

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

#### Current Functional Measure Score

Neck Index	<input type="text"/>	DASH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Back Index	<input type="text"/>	LEFS	<input type="text"/>	(other)	

### El Paciente Completa Esta Sección:

Los síntomas empezaron:

(Por favor llene todas las selecciones completamente)

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

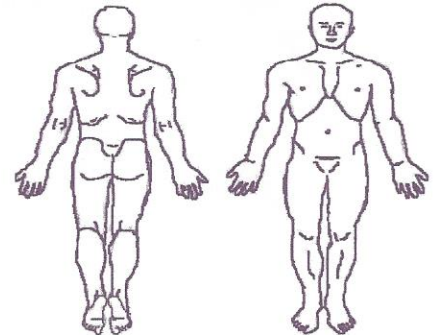
6. Desde que comenzó a recibir atención en este centro, ¿cómo se encuentra su condición?

- 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 DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda 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. El dolor va y viene y es muy suave.
1. El dolor es suave y no varía mucho.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es moderado y no varía mucho.
4. El dolor va y viene y es muy severo.
5. El dolor es muy severo y no varía mucho.

### Al Dormir

0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
5. El dolor no me deja dormir.

### Al Sentarse

0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

### Al Estar De Pie

0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

### Al Caminar

0. No tengo dolor mientras que camino.
1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

### Cuidado Personal

0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

### Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
  1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
  2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
  3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
  4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
  5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.
- ### Al Viajar

0. No tengo dolor al viajar.
1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

### Vida Social

0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
5. Difícilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

### Cambio en el Grado de Dolor

0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

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

Back Index Score \_\_\_\_\_