

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"/>	
<input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Both PT and OT <input type="checkbox"/> Home Care <input type="checkbox"/> ATC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> 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
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		10. Zip code	
		<input type="text"/>	

Provider Completes This Section:

Date you want THIS submission to begin: <input type="text"/>	Cause of Current Episode ① Traumatic ④ Post-surgical ② Unspecified ⑤ Work related ③ Repetitive ⑥ Motor vehicle	Date of Surgery <input type="text"/>	Diagnosis (ICD code) <i>Please ensure all digits are entered accurately</i> 1° <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	Type of Surgery ① ACL Reconstruction ② Rotator Cuff/Labral Repair ③ Tendon Repair ④ Spinal Fusion ⑤ Joint Replacement ⑥ Other _____		2° <input type="text"/> 3° <input type="text"/> 4° <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)	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 type="text"/> DASH <input type="text"/> <input type="text"/> Back Index <input type="text"/> LEFS <input type="text"/> <input type="text"/> (other)	

El Paciente Completa Esta Sección:

Los síntomas empezaron:

(Por favor llene todas las selecciones completamente)

1. Describa brevemente sus síntomas:

2. ¿Cómo empezaron sus síntomas?

3. Intensidad promedio del dolor:
 En las últimas 24 horas: sin dolor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ dolor extremo
 La semana pasada: sin dolor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ dolor extremo

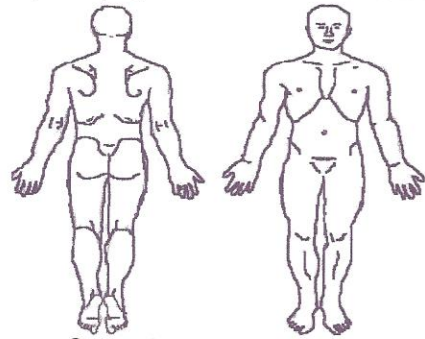
4. ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas?
 ① Constantemente (del 76% al 100% del tiempo) ② Frecuentemente (del 51% al 75% del tiempo) ③ Ocasionalmente (del 26% al 50% del tiempo) ④ Intermittentemente (del 0% al 25% del tiempo)

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?
 ① No corresponde, ésta es la primera visita ② Mucho peor ③ Peor ④ Un poco peor ⑤ Sin cambios ⑥ Un poco mejor ⑦ Mejor ⑧ 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: _____

ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Estamos interesados en saber si esta teniendo alguna dificultad al realizar las actividades enumeradas a continuación debido al problema en su pierna
 Por favor de una respuesta porcada una de las actividades.

En el día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades:

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 domésticos, 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 habitación a otra.	0	1	2	3	4
5	Poniéndose los zapatos o medias.	0	1	2	3	4
6	Poniéndose en cuclillas.	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	Subiéndose o bajándose 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 rápidamente.	0	1	2	3	4
19	Saliendo.	0	1	2	3	4
20	Volteándose en la cama.	0	1	2	3	4
Column Totals:						

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence):9 points

SCORE: _____/80
 Please submit the sum of responses to ACN Group.