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

Patient name: Last | First | MI

○ Female ○ Male

Patient date of birth

Patient address | City | State | Zip code

Patient insurance ID# | Health plan | Group number

Referring physician (if applicable) | Date referral issued (if applicable) | Referral number (if applicable)

Provider Information

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)

4. Alternate name (if any) of entity in box #1

5. NPI of entity in box #1

6. Phone number

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:

Cause of Current Episode

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

Date of Surgery

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° 2° 3° 4°

Patient Type

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

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

○ 98940 ○ 98942 ○ 98941 ○ 98943

Current Functional Measure Score

Neck Index | DASH | (other)

Back Index | LEFS

El Paciente Completa Esta Sección:

(Por favor llene todas las selecciones completamente)

Los síntomas empezaron:

1. Describa brevemente sus síntomas:

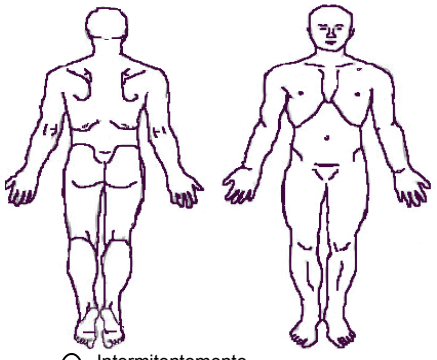
2. ¿Cómo empezaron sus síntomas?

3. Intensidad promedio del dolor:

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**

Indique en qué parte siente dolor u otros síntomas:



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. Intermitentemente (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

Firma del paciente: X _____ **Fecha:** _____