

Forma De Información de Paciente

Información del Paciente

Nombre _____ Genero _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____
Identificación de Aseguranza _____ Plan de Salud _____ Número de Grupo _____
Nombre de Doctor(si aplicable) _____ Fecha de Referencia _____
Número de Referencia _____

Provider Information

1. Name of the billing provider or facility (as it will appear on the claim form) _____ 2. Federal tax ID of entity in part 1 _____

3. Name and credentials of the individual performing service(s) _____

4. Alternative Name (if any) of entity in part #1 _____ 5. NPI of entity in box #1 _____ 6. Phone Number _____

7. Address of the billing or idea or facility indicated in box #1 _____ 8. City _____ 9. State _____ 10. Zip Code _____

Provider Completes This Section:

Date you want THIS submission to begin:

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: _____

Type of surgery:

- 1. ACL reconstruction
- 2. Rotator Cuff
- 3. Spinal Fusion
- 4. Tendon Repair
- 5. Joint Replacement
- 6. Other _____

Diagnosis (ICD Codes)

Please ensure all digits are entered accurately

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Nature of Condition:

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

DC Only

Anticipated CMT Level

- 1. 98940
- 2. 98941
- 3. 98942
- 4. 98943

Current Functional Measure Score

Neck Index _____ DASH _____

Back Index _____ LEFS _____

El Paciente Completa Esta Sección:

Los síntomas empezaron: _____

(Por favor llene todas las selecciones completas)

1. Describa brevemente sus síntomas:

2. Cómo empezaron sus síntomas?

3. Intensidad promedio del dolor:

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

4. ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas?

1. Constantemente 2. Frecuentemente 3. Ocasionalmente 4. Intermitentemente

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 2. Mucho peor 3. Peor 4. Un poco peor 5. Sin cambio 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. Deficientemente

Firma del Paciente: X _____ Fecha: _____