

Patient Summary Form

PSF-750 (Rev: 7/1/2015)

Instructions

Please complete this form within the specified timeframe. All PSF submissions should be completed online at www.myoptumhealthphysicalhealth.com unless otherwise instructed.

Please review the Plan Summary for more information.

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"/>	
3. Name and credentials of the individual performing the service(s)		4. Alternate name (if any) of entity in box #1	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5. NPI of entity in box #1		6. Phone number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
7. Address of the billing provider or facility indicated in box #1		8. City	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
9. State		10. Zip code	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Provider Completes This Section:

<p>Date you want THIS submission to begin:</p> <input type="text"/>	<p>Cause of Current Episode</p> <p> <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 </p>	<p>Date of Surgery</p> <input type="text"/>	<p>Diagnosis (ICD codes) Please ensure all digits are entered accurately</p> <p>1° <input type="text"/></p> <p>2° <input type="text"/></p> <p>3° <input type="text"/></p> <p>4° <input type="text"/></p>
<p>Patient Type</p> <p> <input type="radio"/> (1) New to your office <input type="radio"/> (2) Est'd, new injury <input type="radio"/> (3) Est'd, new episode <input type="radio"/> (4) Est'd, continuing care </p>	<p>Type of Surgery</p> <p> <input type="radio"/> (1) ACL Reconstruction <input type="radio"/> (2) Rotator Cuff/Labral Repair <input type="radio"/> (3) Tendon Repair <input type="radio"/> (4) Spinal Fusion <input type="radio"/> (5) Joint Replacement <input type="radio"/> (6) Other _____ </p>		
<p>Nature of Condition</p> <p> <input type="radio"/> (1) Initial onset (within last 3 months) <input type="radio"/> (2) Recurrent (multiple episodes of < 3 months) <input type="radio"/> (3) Chronic (continuous duration > 3 months) </p>	<p>DC ONLY</p> <p>Anticipated CMT Level</p> <p> <input type="radio"/> 98940 <input type="radio"/> 98942 <input type="radio"/> 98941 <input type="radio"/> 98943 </p>	<p>Current Functional Measure Score</p> <p>Neck Index <input type="text"/> DASH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (other FOM)</p> <p>Back Index <input type="text"/> LEFS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

El Paciente Completa Esta Sección:

Los síntomas empezaron:

(Por favor llene todas las selecciones completa-)

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

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)

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

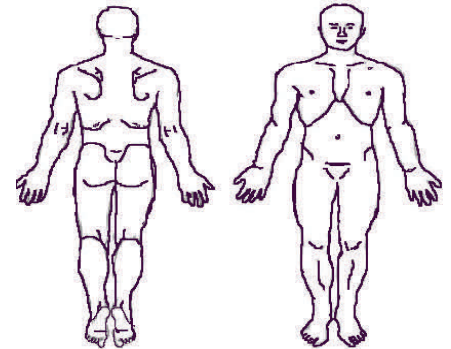
6. Desde que comenzó a recibir atención en este centro, ¿cómo se encuentra su condición?

(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: _____