

| Document Description | Document Description SPANISH |
|---|--|
| Disposition/discharge notes | Notas de Disposición/Notas de alta (descarga) |
| History and Physical | Historial Médico y Examen Físico |
| Nurse's notes | Notas de Enfermería |
| Physician orders or intent to order for the dates of service billed | La(s)Orden(es) escrita por el Médico o la intención de ordenar para las fecha(s) de servicio facturado |
| Physician Progress Notes | Notas de Progreso Médico |
| Procedure Notes | Notas de Procedimientos |
| Non-Physician Progress notes | Notas de Progreso del Profesional de la Salud (NPP, por sus siglas en inglés) |
| Treatment records | Registros de Tratamiento |
| Consultation Reports | Reporte(s) de Consulta |
| Plan of Care (may be part of Evaluation) | Plan de Cuidado (puede ser parte de la Evaluación) |
| Physician/Non-physician Practitioners (NPP) certification of plan of care (signature OR other evidence of physician/NPP involvement in patient's care) | Certificación del Plan de Cuidado del Médico o Profesional de la Salud (NPP, por sus siglas en Inglés) (Firmado u otra evidencia del que el Médico/NPP estuvo involucrado en el cuidado del paciente(s)) |
| Re-evaluations, when they have been performed | Re-evaluaciones, cuando se hayan realizado |
| Re-certifications, when appropriate. Required every 90 days, except for Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF) Respiratory Therapy required every 60 days | Re-certificación, si aplica. Requerido cada 90 días, con excepción del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en Inglés), que es requerido cada 60 días |
| Therapy progress reports - 1 per each 10 treatment days or 1 per certification interval, whichever is less | Notas de Progreso de Terapia – una por cada 10 días de tratamiento o una por el intervalo de certificación, el que sea menos |
| Treatment Notes, once per treatment day, to include: Total timed code treatment minutes, and total treatment time (in minutes) for the billed Date of Service (DOS). Documentation to support services Current Procedural Terminology/Healthcare Common Procedure Coding System (CPT /HCPCS codes) billed | Nota(s) de tratamiento, por cada día de tratamiento, que incluya: el número total de minutos de tratamiento codificado y tiempo total (en minutos) de cada sesión facturada por los días de servicio (DOS, por sus siglas en inglés) facturado. Documentación para justificar los servicios codificados (CPT/HCPCS, por sus siglas en inglés) y facturados |
| For therapy services that exceed the therapy caps, the optional justification statement for services provided above the cap, where present | Para los servicios de Terapia que exceden los límites establecidos, la justificación escrita explicando los servicios que excedieron los límites estipulados |
| Initial Evaluation for Therapy Services | Evaluación inicial para Servicios de Terapia |
| Any Advanced Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN) issued to the beneficiary for each date of service and each specific service an ABN was issued | Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) emitido al beneficiario (paciente) por cada fecha de servicio y por cada servicio especificado en el ABN emitido |
| For Electronic Health Records, send a copy of the electronic signature policy and procedures that describe how notes and orders are signed and dated. Validating electronic signatures depends on obtaining this information. | Historias clínicas electrónicas de salud (EHR por sus siglas en inglés), enviar una copia del protocolo/poliza de firmas electrónicas que describe el proceso de como las notas de oficina / progreso y ordenes médicas son firmadas/fechadas electrónicamente. La validación de las firmas electrónicas son dependientes de obtener esta información. |

| Document Description | Document Description SPANISH |
|--|--|
| <p>BEFORE YOU SEND - Check for signatures on office/progress notes or other medical record documentation. If the signature(s) are missing or illegible, send a completed signature attestation (find a sample attestation at https://www.certprovider.com/). If the signature (s) are illegible, you may also send a signature log.</p> | <p>Antes del enviar la documentación requerida- verifique que las notas de oficina / progreso u otra documentación en el record médico estan firmadas por el médico. Si los documentos no están firmados, o la firma es ilegible; envíe una declaración que certifica la firma (ejemplo provisto en la pagina web https://www.certprovider.com/). Si la firma es ilegible, enviar el registro de firmas.</p> |