

Document description	Document description SPANISH
<p>Please send the entire inpatient medical record for the entire hospitalization, not just the specified from and to date of service of this claim. Also include:</p> <ul style="list-style-type: none"> *any advanced beneficiary notice (ABN) issued to the beneficiary during the hospitalized stay; *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; *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>Favor de enviar todo el historial/expediente médico de la hospitalización del paciente para las fechas de servicio especificadas. También incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • notificación previa de no-cobertura al beneficiario (abn, por sus siglas en inglés) emitido al beneficiario (paciente) en el hospital; • 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; • 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.