

Document Description	Document Description SPANISH
Diagnostic test results/reports, including imaging reports	Resultados de estudio(s) diagnóstico e informes, incluyendo reportes de imágenes
History and Physical	Historial Médico y Examen Físico
Hospital discharge summary	Resumen de alta (descarga) del hospital
Medication Administration Records	Registro(s) de Administración de Medicamentos
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
Certified Plan of Care by physician	Certificado del Plan de Cuidado Médico
Procedure Notes	Notas de Procedimientos
Non-Physician Progress notes	Notas de Progreso del Profesional de la Salud (NPP, por sus siglas en inglés)
Skin care records	Notas del Cuidado de la Piel
Skilled Nursing Facility (SNF) plan of care	Plan de cuidado de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en Inglés)
Certification/Re-Certification by Physician	Certificación /Re-Certificación del médico
All documentation to support the Resource Utilization Group (RUG) category billed	Toda documentación que justifique los servicios facturados por el Grupo-de Utilización de Recursos (RUG, por sus siglas en inglés)
Physician/Nonphysician 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 Médica 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
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
Physician order for therapy	Orden Médica para el tratamiento de la terapia
Documentation of minutes billed	Documentación por los minutos facturados
Initial Evaluation for Therapy Services	Evaluación inicial para Servicios de Terapia
Any Skilled Nursing Facility Advanced Beneficiary Notice of Non-coverage (SNFABN) issued to the beneficiary for each date of service and each specific service a SNFABN was issued	Toda(s) (las)Notificación(es) previa de NO-cobertura al beneficiario del Centro de Enfermería Especializada (SNFABN, por sus siglas en inglés) emitido al beneficiario por cada fecha de servicio específico emitido por cada SNFABN
Documentation supporting the qualifying 3-day inpatient stay, such as a hospital discharge summary.	Documentación que justifica la hospitalización calificada de 3 días, como el resumen de alta del hospital
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	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

Document Description	Document Description SPANISH
electronic signatures depends on obtaining this information.	firmadas/fechadas electrónicamente. La validación de las firmas electrónicas son dependientes de obtener esta información.
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.	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.
Where there was a delayed certification/recertification, submit an explanation for the delay and any medical or other evidence, which the skilled nursing facility considers relevant for purposes of explaining the delay.	Donde hubo una demora en someter la certificación inicial y las recertificaciones, proporcione la explicación por la demora, y la documentación médica u otra evidencia que el Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés), considere relevante para explicar la demora.