

Document Description	Document Description SPANISH
Plan of Care (may be part of Evaluation)	Plan de Cuidado (puede ser parte de la Evaluación)
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 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
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 Noncoverage (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.
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.
Therapy Discharge Notes	Notas de alta de terapia