

Thank you for treating Washington injured workers.

Please complete the attached Activity Prescription Form (APF) so we can continue to help the worker recover.

Six key fields must be completed on the form.

1. Diagnosis — provide the primary diagnosis for today's visit. Give the ICD code(s) or a written description. This field is on the first page.
2. Work Status — check the appropriate box for the worker's current status. Be sure to include the applicable date(s). If you are releasing the worker for limited hours, be sure to include the number of hours per day the worker can work. These checkboxes are on the first page.
3. Worker Capacities — complete the entire second page and top portion of the third page. Check all of the appropriate boxes. Indicate the patient's current capacities and/or restrictions. They must apply to your patient at all times, all day, every day of the week, even if you are not releasing your patient to any work. It will help the employer identify light duty jobs that your patient can do safely during recovery.

If none of the listed capacities apply, list restrictions.

Example: *May not drive due to medication.*

4. Measurable Objective Finding(s) — also referred to Objective Medical Findings. This box is on the third page. You must complete this field unless you are returning the worker to full duty.

Examples of findings we CAN accept: x-rays, swelling, muscle atrophy, or increase/decrease range of motion. Chart notes must include range of motion measurements.

Examples of findings that we CANNOT accept: pain, tenderness, see chart notes.

5. Plans — check all appropriate boxes under the Plans section. Be sure to include the applicable date(s). This is on the fourth page.
6. Signature — you must sign and date the form. The signature is at the bottom of the fourth page.

Gracias por brindarle tratamiento a los trabajadores lesionados de Washington.

Por favor complete el Formulario de restricciones laborales (Activity Prescription Form, APF) adjunto para que podamos continuar ayudando al trabajador a recuperarse.

Debe completar seis secciones importantes del formulario.

1. Diagnóstico: proporcione el diagnóstico principal para la visita de hoy. Proporcione los códigos de clasificación internacional de enfermedades (ICD, por su sigla en inglés) o una descripción por escrito. Esta sección está en la primera página.
2. Estado de empleo: marque la casilla correspondiente al estado actual del trabajador. Asegúrese de incluir las fechas aplicables. Si está dando de alta al trabajador por horas limitadas, asegúrese de incluir la cantidad de horas por día que el trabajador puede trabajar. Estas casillas de verificación están en la primera página.
3. Capacidades de los trabajadores: complete toda la segunda página y la parte superior de la tercera página. Marque todas las casillas apropiadas. Indique las capacidades y/o restricciones actuales del paciente. Estas deben aplicarse a su paciente en todo momento, todo el día, todos los días de la semana, incluso si no está dando de alta a su paciente para regresar a trabajar. Esto le ayudará al empleador a identificar trabajos livianos que su paciente puede hacer de manera segura durante la recuperación.

Si ninguna de las capacidades enumeradas aplica, marque las restricciones

Ejemplo: *no puede conducir debido a los medicamentos.*

4. Hallazgo(s) objetivo(s) medibles(s): también conocidos como hallazgos médicos objetivos. Esta sección está en la tercera página. Debe completar esta sección a menos que esté dando de alta al trabajador para regresar a trabajar tiempo completo.

Ejemplos de hallazgos que PODEMOS aceptar: radiografías, inflamación, atrofia muscular o aumento/disminución del rango de movimiento. Las hojas clínicas deben incluir medidas del rango de movimiento.

Ejemplos de hallazgos que NO PODEMOS aceptar: dolor, sensibilidad, consulte las hojas clínicas.

5. Planes: marque todas las casillas correspondientes en la sección Planes. Asegúrese de incluir la(s) fecha(s) aplicable(s). Esto está en la cuarta página.
6. Firma: debe firmar, escribir la fecha y seleccionar el título médico del proveedor.

State Fund Claim / Fondo Estatal de Reclamo:
 Department of Labor and Industries
 PO Box 44291 Olympia WA 98504-4291
 Fax to claim file / Enviar fax al archivo del reclamo:
 360-902-4567



Activity Prescription Form (APF) / Formulario de Restricciones Laborales del Asegurador

Billing Code: 1073M (Guidance at End)
 Código para cobro: 1073M (Guía al final)

Self-Insured Claims: Contact the Self Insured
 Employer (SIE)/Third Party Administrator (TPA)
 For a list of SIE/TPAs, go to
www.Lni.wa.gov/SelfInsured

Para reclamos con empresas autoaseguradas:
 comuníquese con el empleador autoasegurado (SIE)
 o con el Administrador de Terceros (TPA)
 Para una lista de los SIE/TPA visite la página web
www.Lni.wa.gov/SelfInsured

Reminder: Send chart notes and reports to L&I or
 SIE/TPA as required. Complete this form only when there
 are changes in medical status or capacities, or change in
 release for work status.

Recuerde: Envíe las hojas clínicas y reportes a L&I o a
 SIE/TPA como se requiere. Llene este formulario solo
 cuando hay cambios en el estado médico o capacidades
 o cambio en el estado de empleo.

General Information / Información General

Worker's Name / Nombre del trabajador lesiona	Patient ID / Número de Identificación del paciente	Visit Date / Fecha de visita	Claim Number / Número del reclamo
Healthcare Provider's Name (please print) / Nombre del doctor en letra de molde	Date of Injury / Fecha de la lesión	Diagnosis / Diagnóstico	

Required: Work Status / Requerido: Estado de empleo

Worker is **released** to the job of injury (JOI) without restrictions (related to the work injury) as of (date):
 El trabajador **puede regresar** al trabajo donde se lesionó sin restricciones (relacionado con la lesión de
 trabajo) desde (fecha) el:
 ____/____/____
 (If selected, skip to "Plans" section below / Si se selecciona, vaya a la sección "Planes")

Worker **may perform modified duty**, if available, from (date) / El trabajador **puede desempeñar
 trabajo modificado** si está disponible desde:
 ____/____/____ to* ____/____/____ (*estimated date / fecha aproximada)

If released to modified duty, may work more than normal schedule / Si el trabajador puede
 desempeñar trabajo modificado, el trabajador puede trabajar más que el horario normal

Worker **may work limited hours** / El trabajador **puede trabajar horas limitadas**: ____ hours/day
 from (date) / horas/días desde (fecha):
 ____/____/____ to / hasta* ____/____/____ (*estimated date / fecha aproximada)

Worker **is working** modified duty or limited hours / El trabajador **está trabajando** trabajo modificado u
 horas limitadas _____

Worker **not released to any work** from (date) / El trabajador **no ha sido dado de alta para ningún
 trabajo** desde (fecha): ____/____/____ to / hasta* ____/____/____ (*estimated date / fecha aproximada)

Poor prognosis for return to work at the job of injury at any date / **El pronóstico no es bueno** para
 regresar a trabajar en ninguna fecha en el trabajo donde ocurrió la lesión

Required: Estimate what the worker can do at work and at home unless released to job of injury

Requerido: Estime lo que el trabajador puede hacer en el trabajo y en la casa, a menos que se le dé de alta en el trabajo en que se lesionó.

How long do the worker's current capacities apply (estimate)?

¿Por cuánto tiempo aplica la capacidad actual del trabajador?

- 1 – 10 days / días
 11 – 20 days / días
 21 – 30 days / días
 30+ days / días
 permanent / permanente

Capacities apply all day, every day of the week, at home as well as at work.

Las capacidades se aplican todo el día, todos los días de la semana, en casa, así como en el trabajo.

Worker can: (Related to work injury) A blank space = Not restricted El trabajador puede: (Relacionado con la lesión laboral) Un espacio en blanco = sin restricción	Never / Nunca	Seldom / Rara vez 1 – 10% 0 – 1 hours / horas	Occasional / Ocasionalmente 11 – 33% 1 – 3 hours / horas	Frequent / Frecuentemente 34 – 66% 3 – 6 hours / horas	Constant / Constantemente 67 – 100% (Not restricted / sin restricción)
Sit Sentarse					
Stand / Walk Pararse / Caminar					
Perform work from ladder Realizar el trabajo de una escalera					
Climb ladder Subir escalera					
Climb stairs Subir escalones					
Twist Girar					
Bend / Stoop Doblarse / Inclinarsse					
Squat / Kneel Agacharse / Arrodillarse					
Crawl Gatear					
Reach Left, Right, Both Extenderse (Izquierda, Derecha, Ambos)					
Work above shoulders L, R, B Trabajar más arriba del nivel de los hombros I, D, A					
Keyboard L, R, B Teclear I, D, A					
Wrist (flexion/extension) L, R, B Muñeca (flexión/extensión) I, D, A					
Grasp (forceful) L, R, B Agarrar (con fuerza) I, D, A					
Fine manipulation L, R, B Manipulación fina I, D, A					
Operate foot controls L, R, B Operar controles con los pies I, D, A					
Vibratory tasks; high impact L, R, B Tareas con vibraciones, bajo impacto I, D, A					
Vibratory tasks; low impact L, R, B Tareas con vibraciones; alto impacto I, D, A					

Note: Weights indicated below are in kilograms not pounds (1 kg. = 2.2 lbs)

Aviso: Los pesos indicados abajo se miden en kilogramos, no en libras (1 kg = 2.2 libras)

Lifting / Pushing Levantando / empujando	Never / Nunca	Seldom / Rara vez 1 – 10% 0 – 1 hours / horas	Occasional / Ocasionalmente 11 – 33% 1 – 3 hours / horas	Frequent / Frecuentemente 34 – 66% 3 – 6 hours / horas	Constant / Constantemente 67 – 100% (Not restricted / sin restricción)
<i>Example / Ejemplo</i>	50 kg	20 kg	10 kg	0 kg	0 kg
Lift L, R, B Levantar I, D, A	kg	kg	kg	kg	kg
Carry L, R, B Cargar I, D, A	kg	kg	kg	kg	kg
Push / Pull L, R, B Empujar / Jalar I, D, A	kg	kg	kg	kg	kg

Required: Measurable Objective Finding(s) (also referred to as *Objective Medical Findings*)

(e.g. positive x-ray, swelling, muscle atrophy, decreased range of motion)

Requerido: Hallazgos objetivos medibles (también conocido como *Hallazgos médicos objetivos*) (ejemplos: radiografías positivas, inflamación, atrofia muscular, disminución del rango de movimiento)

Other Restrictions / Instructions

Otras restricciones / Instrucciones:

Employer Notified of Capacities / ¿Se le notificó al empleador de las capacidades?

Yes / Sí No / No

Modified duty available? / ¿Hay trabajo modificado disponible? Yes / Sí No / No

Date of contact / Fecha de comunicación: ____ / ____ / ____

Name of contact / Nombre de la persona de contacto:

Notes / Aviso:

Note to Claims Manager / Aviso para el gerente del reclamo

May need assistance returning to work / Puede necesitar ayuda para regresar al trabajo

New diagnosis / Nuevo diagnóstico: _____

Opioids prescribed for / Opiáceos recetados por: Acute pain / Dolor agudo *or/o*
 Chronic pain / Dolor crónico

**Required: Plans
Requerido: Planes**

Worker progress / Progreso del trabajador:	<input type="checkbox"/> As expected / better than expected / Como se esperaba/mejor de lo que se esperaba
	<input type="checkbox"/> Slower than expected (<i>address in chart notes</i>) / Más despacio de lo esperado (indicado en las hojas clínicas)
Current rehab / Rehabilitación actual:	<input type="checkbox"/> PT / Terapia física <input type="checkbox"/> OT / Terapia ocupacional
	<input type="checkbox"/> Home exercise / Ejercicios en casa
	<input type="checkbox"/> Other (e.g. Activity Coaching) / Otro (ej. entrenamiento de actividades): _____
Surgery / Cirugía:	<input type="checkbox"/> Not Indicated / No se indica <input type="checkbox"/> Possible / Posible
	<input type="checkbox"/> Planned / Programada Date / Fecha: ____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Completed / Realizada Date / Fecha : ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/>	Next scheduled visit in / La próxima cita en: ____ days / días ____ weeks / semanas or Date / o Fecha: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/>	Treatment concluded, Maximum Medical Improvement (MMI) / Tratamiento concluido, Mejoría Médica Máxima (MMI) Any permanent partial impairment? / ¿Hay alguna discapacidad parcial permanente? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Possibly / Posiblemente If you are qualified, please rate impairment for your patient / Si está calificado, por favor evalúe la discapacidad para su paciente <input type="checkbox"/> Will rate / Evaluaré <input type="checkbox"/> Will refer / Referiré <input type="checkbox"/> Request Independent Medical Exam (IME) / Solicitaré un Examen Médico independiente (IME)
<input type="checkbox"/>	Care transferred to / Se Transferencia de cuidado médico a: _____
<input type="checkbox"/>	Consultation needed with / Es necesaria una consulta con: _____
<input type="checkbox"/>	Study pending / Estudio pendiente: _____

**Required: Signature
Requerido: Firma**

- Copy of APF given to worker / Se le ha dado copia del formulario APF al trabajador
- Discussed three key messages with patient / Se habló con el paciente sobre tres mensajes esenciales

Signature / Firma

Date / Fecha

Phone Number / Número de teléfono

Doctor ARNP / Enfermera registrada avanzada

PA-C / Médico Asistente

Discuss your patient's role in their recovery

Research has shown that returning to activity (including lighter work) speeds recovery and reduces the risk of becoming disabled from most work-injuries. In addition to providing good clinical care, it is important to set expectations for a good recovery and assure patients understand the importance of doing their part. Take just a couple minutes during an initial office visit to explain the following (check each one as you complete it):

Key Messages

1. **“You must help in your own recovery. . .”**
 - Only you can ensure your own successful recovery.
 - It's your job (and my expectation) that you follow activity recommendations (both at home and at work).

2. **“Activity helps recovery. . .”**
 - Bodies heal best with activity that you can safely do, and need to do, to recover.
 - Incrementally increase the activity you do a little bit, each day.
 - Some discomfort is normal when returning to activities after an injury. This is not harmful, and is different from pain that indicates a setback.

3. **“Early and safe return to work makes sense. . .”**
 - Return to work is one of the goals of treatment.
 - The longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages.
 - Even a short time off work takes money out of your pocket because time loss payments do not pay your full wages.

To be paid for this form, providers must:

1. Submit this form:
 - With reports of accident when there are work related physical restrictions or
 - When documenting a change in your patient's medical status or capacities.

2. Complete all relevant sections of the form.

3. Send chart notes and reports as required.

Important Notes:

- A provider may submit up to 6 APFs per worker within the first 60 days of the initial visit date and then up to 4 times per 60 days thereafter.
- Use this form to communicate expectations of the patient to be physically active during recovery, work status, activity restrictions, and treatment plans.
- This form will also certify time-loss compensation, if appropriate.
- Occupational and physical therapists, office staff, and others will not be paid for working on this form.

To learn how to complete this form, go to: www.Lni.wa.gov/activityRX.

About impairment ratings

We encourage you, the qualified attending health-care provider, to rate your patient's permanent impairment. If this claim is ready to close, please examine the worker and send a rating report.

Qualified attending health-care providers include doctors currently licensed in medicine and surgery (including osteopathic and podiatric) or dentistry, and chiropractors who are department-approved examiners.

Thank you for treating this injured worker.

Hable con su paciente sobre su papel en su recuperación

Investigaciones demuestran que el regresar a la actividad (incluyendo trabajo liviano) acelera la recuperación y reduce la posibilidad de una discapacidad debido a la mayoría de las lesiones relacionadas con el trabajo. Además de proporcionar una buena atención clínica, es importante establecer expectativas para una buena recuperación y para asegurar que los pacientes comprendan la importancia de poner de su parte. Tome unos minutos durante la visita inicial al consultorio para explicar lo siguiente (marque cada una, una vez realizada):

Mensajes Claves

1. **“Debe ayudar en su recuperación...”**
 - Solo usted puede asegurar su recuperación exitosa.
 - Es su trabajo (y mi expectativa) que siga las recomendaciones de actividades (en la casa como en el trabajo)
2. **“La actividad ayuda a la recuperación...”**
 - Los cuerpos se recuperan mejor con actividades que se pueden realizar de forma segura, y que debe realizar, para recuperarse.
 - Aumente progresivamente la actividad que realiza, un poco cada día.
 - Tener cierta molestia es normal al regresar a actividades después de una lesión. Esto no es perjudicial y es diferente al dolor que indica una recaída.
3. **“El regreso rápido y seguro al trabajo tiene sentido...”**
 - Una de las metas del tratamiento es el regreso al trabajo.
 - Mientras más tiempo esté sin trabajar, lo más difícil será regresar a su trabajo original y salario original.
 - Incluso un tiempo breve sin trabajar le quita dinero de su bolsillo, porque los pagos por tiempo perdido no le pagan su salario completo.

Para que se le pueda pagar por este formulario, el proveedor debe:

1. Presentar este formulario:
 - con los reportes de accidente cuando hay restricciones físicas relacionadas con el trabajo o
 - cuando se documente un cambio en el estado médico o capacidad de su paciente.
2. Llenar todas las secciones pertinentes del formulario.
3. Enviar las hojas clínicas y reportes como se requieran.

Notas importantes:

- Un proveedor puede presentar hasta 6 Formularios de restricciones laborales por trabajador dentro de los primeros 60 días desde la fecha de la visita inicial y después hasta 4 veces por cada 60 días.
- Use este formulario para comunicar las expectativas del paciente de estar físicamente activo durante la recuperación, el estado de empleo, las restricciones de actividad, y el plan de tratamiento.
- Este formulario también certificará la compensación por tiempo perdido, sí es apropiado.
- No se les pagará a los terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, personal administrativo, u otras personas por llenar este formulario.

Para aprender cómo completar este formulario vaya a, www.Lni.wa.gov/activityRX.

Sobre las evaluaciones de discapacidad

Le exhortamos a usted, proveedor certificado del cuidado de la salud, que evalúe la discapacidad permanente de su paciente. Si este reclamo está listo para cerrarse, por favor examine al trabajador y envíe un reporte de la evaluación.

Los proveedores certificados del cuidado de la salud incluyen doctores con licencia en medicina y cirugía (incluyendo osteopáticos y podiátricos) o dentistas, y quiroprácticos quienes están autorizados por el Departamento para realizar exámenes.

Gracias por brindarle tratamiento a este trabajador.