

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/04/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	248 SUPERIOR COURT	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	PERRISCA92571	FDN:	10/13/1991
Teléfono:	(657)418-5188	Edad:	31
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/01/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	D'ARC, BRENT	Partes del cuerp	0:
Direccion:	4444 MAGNOLIA AVE		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92501		
Teléfono:	(951)274-3424	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	ZIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	nal y Asignacion de	e Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_
		08/04/23	
EDUARDO	MOLQUECHO	Fecha firi	mada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE:	#									
Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN	√:	XXX-XX99	99					
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #									
Cargo:										
Descripción de	Descripción de las funciones:									
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	)								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRADAJO	,								
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	0011	un dia normal onerse en cucl		oras hace el o sig	guiente Horas				
Pararse:	Horas	El i	nclinarse/que d	obla:		Horas				
Caminar:	Horas	Arre	odillamiento:			Horas				
Manejar:	Horas	El a	lcanzar para ar	riba:		Horas				
Cuántas hora	as trabaja en un	El a	lcanzar hacia f	uera:		Horas				
Día		El t	orcer:			Horas				
Normal/Turno:	Horas	Arra	astre:			Horas				
Semana:	Horas	El s	ubir de la escal	lones:		Horas				
		El s	ubir de la escal	lera:		Horas				
		Usa	ndo una compu	ıtadora:		Horas				
		Usa	ndo el teléfono	):		Horas				
		Emp	oujando:			Horas				
		Jala	ndo:			Horas				
		Car	gando cosas pe	sadas:		Horas				
En mi trabajo	se requiere que levante	Constantemente	A mei	nudo	A veces	Nunca				
10 lbs o menos:										
11 lbs a 25 lbs:			$\exists$	$\overline{}$						
26 lbs a 50 lbs:					-					
51 lbs a 75 lbs:										
76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:			_} [							
mas de 100 los:										
Mi trabajo in	cluye	Constantemente	A mer	nudo	A veces	Nunca				
	etidor de manos:									
Movimiento rep										
El agarrar de la			_] [		,					
Dirección de la Equilibrio:	precision:			}		{				
	e la computadora/del cojín de tacto :			}		{				
	izado para la eficacia:		+	}		{ }				
	multánea y teléfono :		$\dashv$	$\longrightarrow$		{				



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	EDUARDO MOLQU	ЕСНО	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/04/23

PATIENT #

Nombre: EDUARDO MOLQUECHO SSN: XXX-XX9999

### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

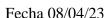
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

3

El tratamiento: Su información de la salud puede ser utilizada por empleados de la clinica o compartida con otros profesionales de la asistencia médica para el propósito de evaluar su salud, diagnosticando condiciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de examenes de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su historial médico para todos los profesionales de medicina que puedan proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por los empleados de la clinica.

#### Usos y Revelaciones

El tratamiento: Su información de la salud puede ser utilizada por empleados de la clinica o compartida con otros profesionales de la asistencia médica para el propósito de evaluar su salud, diagnosticando condiciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de examenes de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su historial médico para todos los profesionales de medicina que puedan proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por los empleados de la clinica.

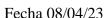
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información de fechas de servicio, servicios proveidos y la condición médica tratada.

Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir actividades financieras para evaluar y promover calidad medica.

La Aplicación de ley: su información de la salud puede ser enviada a agencias legales para mantener auditorías de gobierno e inspecciones, para facilitar investigaciones legales y para cumplir con el mandato de covertura del gobierno.

Anuncio De Salud Publica: Su información de la asistencia médica puede ser revelada a agencias sanitarias según exige la ley. Por ejemplo, nosotros somos requeridos a informar ciertas enfermedades transmisibles al departamento sanitarias del estado.

Otros Usos y las Revelaciones Que Requieren Su Autorización: La distribucion de su información de salud o su uso para cualquier propósito ademas de los mentionados arriba requieren su autorización específica y en escrito. Sin embargo, su decisión de revocar autorización no afectará ningún uso ni la distribucion de información que ocurrió antes que usted nos notificara de su decisión de revocar su autorización.





PATIENT #

Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
	atorios de la cita: Su información de la salu	d será utiliza	ida nor nuestro nersonal nar	ra enviarle
recordatorio		d sera utiliza	ida poi fidestro personar par	a chivianie
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	para los servicios sobredic	hos.

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- El derecho de recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su condición y el tratamiento médica;
- El derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de la salud;
- El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;
- El derecho de recibir una contabilidad de cómo y a quien su información protegida de salud tiene Fue revelado; El derecho de recibir una copia impresa de esta nota.

Los Deberes occidentales de WestStar: Somos requeridos por la ley a mantener que la intimidad de su información protegida de la salud y para proporcionarle con esta nota de prácticas de intimidad.

Nosotros también somos requeridos a respetar las políticas de intimidad y prácticas que son resumidas en esta nota.

Correcto Revisar las Prácticas de Intimidad: Como permitido por la ley, nosotros reservamos el derecho de enmendar para modificar nuestras políticas de intimidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en federal y las leyes de estado y regulaciones. Sobre la petición, nosotros le proporcionaremos con la nota más recientemente revisada en cualquier visita de la oficina. El revisa políticas y prácticas serán aplicadas a toda información protegida de la salud que mantenemos.



Fecha 08/04/23

	PA	T	IEI	T	#
--	----	---	-----	---	---

Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999

#### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** Page (3 of 3)

Las peticiones para Inspeccionar Información Protegida de Salud: Usted puede inspeccionar generalmente o puede copiar la información protegida de la salud que mantenemos. Como permitido por Regulaciones Federales nosotros requerimos que peticiones a inspeccionar o copiar información protegida de salud es sometida en la escritura. Usted puede obtener una forma para solicitar acceso a sus registros contactando nuestra oficina corporativa. Su petición será revisada y será aprobada generalmente a menos que hay razones legales o médicas de negar la petición.

Las quejas: Si usted querría someterse un comentario o la queja acerca de nuestras prácticas de intimidad, usted puede hacer así enviando una carta que resume sus preocupaciones a:

West Star Physical Therapy PO BOX 6209 Garden Grove, CA 92846

Si usted cree que sus derechos de intimidad han sido violados, usted debe llamar el asunto a nuestra atención enviando una carta que describe la causa de preocupación a la misma dirección. Usted no será penalizado ni de otro modo será vengado en contra para archivar una queja.

Contacte a Persona: El nombre y la dirección de la persona usted puede contactar para la información adicional con respecto a prácticas de intimidad es:

West Star Physical Therapy PO BOX 6209 Garden Grove, CA 92846

La Fecha de vigencia: Esta nota es efectiva al el 7 de mayo de 2003



PATIENT #	:			
Nombre:	EDUARDO MOLQUECHO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			