

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre :	ANITA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	6936 KEATING DRIVE	Sexo:	F		
	RIVERSIDECA92503		06/11/1976		
Ciudad, Zip: Teléfono :		FDN:			
	(951)289-2443	Edad:	47		
Telé trabajo:	(0.7.1) 0.0.0.1.1.2	Email:			
Telé celular:	(951)289-2443				
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #				
Fecha::	05/12/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	TENENBAUM, MAX	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	7117 BROCKTON AVE				
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92506				
Teléfono:	(951)785-3786	Dx:			
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion :			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
_	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ 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	Beneficios		
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que g guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info st-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en		
		06/12/23			
ANITA CONTRERAS		- — Fecha firm	Fecha firmada		



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre: ANITA CONTRERAS SSN: XXX-XX9999	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguie	ente
Definite will the deposit of the first terms and the first terms are the first terms and the first terms are the first terms and the first terms are the first terms a	Horas
	Horas
	Horas
	Horas
Fl alcanzar hacia fuera:	Horas
Cuántas horas trabaja en un El torcer:	Horas
Día Normal/Turno: Horas Arrastre:	Horas
Semana: El subir de la escalones:	Horas
El subir de la escalera:	Horas
Usando una computadora:	Horas
	Horas
Empujando:	Horas
1 3	Horas
	Horas
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces	Nunca
10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs:	
26 lbs a 50 lbs:	
51 lbs a 75 lbs:	
76 lbs a 100 lbs:	
más de 100 lbs:	
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio: Use del retén de le computedors (del ceifn de teste :	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	
Computadora simultánea y teléfono :	



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ANITA CONTRERA	S	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Cala da Emanganai	20			Yes	No
	Sala de Emergencia					
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?						
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/12/23

PATIENT #

Nombre: ANITA CONTRERAS 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

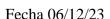
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	ANITA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO I ICO Y QUI IMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO SIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION F PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI CION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI O. PARA BIR IAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			- -





PATIENT #					
Nombre:	ANITA CONTRERAS	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.

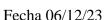
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	ANITA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de dato ella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	para los servicios sobredichos.	

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 06/12/23

PATIENT #				
		(
Nombre:	ANITA CONTRERAS	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:	ANITA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					