

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/22/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

ANA MARTINEZ

#### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379
Direccion:	25681 ALESSANDRO APT B	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	02/24/1984
Teléfono:	(951)965-1886	Edad:	39
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/05/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)697-5611	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Person	– al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que j guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Tl	
		05/22/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE:	#						
Nombre:	ANA MARTINEZ		SSN:		XXX-XX6	6379	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	10					
Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le l Horas	nacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:	oia.		Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arri	iba:		Horas
	ıs trabaja en un		El alcan	zar hacia fu	era:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	).			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando el teléfono:			Horas	
			Empujando:			Horas	
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:							<b> </b>
mas de 100 los.							
Mi trabajo in	Ť	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	etidor de manos:						
Movimiento rep	_						
El agarrar de la							<b> </b>
Dirección de la Equilibrio:	precision:						<b>-</b>
_	e la computadora/del cojín de tacto :	}					<b>-</b>
	izado para la eficacia:	}		}			-{ }
	multánea y teléfono :				$\overline{}$		$\exists$



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	ANA MARTINEZ		SSN:	XXX-XX6379		
INFORMAC	TIÓN 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 r	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 de	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/22/23

PATIENT #

Nombre: ANA MARTINEZ SSN: XXX-XX6379

#### 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

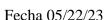
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379
EODMA DE	DENITIVOTA DE EDATEAMIENTO		
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDINTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OEDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y XPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION I	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El 1	Firma: Fecha:		
	Times		





PATIENT #						
Nombre:	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379			

#### 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.

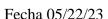
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	е	
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	a gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	nd 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 05/22/23

PATIENT #					
Nombre:	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379		

#### 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:	ANA MARTINEZ	SSN:	XXX-XX6379	
DDIVA CV A	CKNOWI EDOMENT INCODMATION			
PRIVACYA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			