

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999		
Direccion:	1012 S MARJAN ST	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	ANAHEIM,CA,92806	FDN:	09/27/1961		
Teléfono:	(714)876-8319	Edad:	61		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	12/30/2022	Post-cirugia:			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN				
Nombre:	LOWENSTEIN, MICHAEL	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	1200 N TUSTIN AVE STE 100				
Ciudad, Zip:	SANTA ANA,CA,92705				
Teléfono:	(714)542-5999	Dx:			
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	ÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA		
Nombre:		Nombre :			
Direccion:		Direccion:			
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:			
Tipo:		Tipo:			
Ins Nombre :		Ins Nombre:			
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:			
Authorizacion	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios		
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.					
		02/08/23	,		
ROSA FLOR	ES	— — Fecha f	irmada		



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #	ŧ							
Nombre:	ROSA FLORES			SSN:		XXX-XX-	9999	
INFORMACI	ION DEL TRABA	IO#						
Cargo:								
Descripción de l	oc funcionos							
Descripcion de 1	as funciones.							
DETALLES A	ADICIONALES D	EL TRABAJO						
Duranta un día	típico de 8 horas, cuá	ntos honos la boso		En un di	a normal	Cuántas l	noras hace el o si	guiente
Sentarse:		Horas Horas			se en cucli			Horas
Pararse:		Horas		El inclina	arse/que d	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	miento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcanz	ar para arı	riba:		Horas
		10145		El alcanz	ar hacia fi	iera:		Horas
	s trabaja en un			El torcer:	:			Horas
Día Normal/Turno:		Horas		Arrastre:				Horas
Semana:		Horas		El subir o	de la escal	ones:		Horas
				El subir o	de la escal	era:		Horas
				Usando u	ına compu	ıtadora:		Horas
					el teléfono			Horas
				Empujan				Horas
				Jalando:				Horas
				Cargando cosas pesadas:			Horas	
T			_					
-	se requiere que le	vante	Constantem	nente	A men	iudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:				[·			
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:					,			-
51 lbs a 75 lbs:				{ }	-			\downarrow
76 lbs a 100 lbs:				{ }			}	-{ }
más de 100 lbs:								\exists
Mi trabajo inc	cluye		Constantem	nente	A men	nudo	A veces	Nunca
Movimiento repe	etidor de manos:							
Movimiento repe	-				-			
El agarrar de la e								
Dirección de la p	precisión:							
Equilibrio:	la computador-/4-1 '	ín do tosto :		[_
	la computadora/del coj zado para la eficacia :	m de tacto :						-
	nultánea y teléfono:							-{ }



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ROSA FLORES		SSN:	XXX-XX-9999		
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 del	cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico 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 02/08/23

PATIENT #

Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999
---------	-------------	------	-------------

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

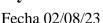
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y
COMPRENI MI TRATAN TRATAMIE	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El N	Firma: Fecha:		





PATIENT #				
Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PA	agina (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.

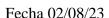
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	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	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informacio su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacio	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	l 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 02/08/23

PATIENT #				
Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999	

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

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 #	<u> </u>			
Nombre:	ROSA FLORES	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATI	ION		
	Pacie	ente :		
		rma:echa:		
		rma:		