

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

SUSANA MACIAS

### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	SUSANA MACIAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	16773 HIGHGATE CT	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	VICTORVILLECA92395	FDN:	05/25/1962
Teléfono:	(909)437-0519	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/15/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	·:
Direccion:	295 E CAROLINE ST		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92408		
Teléfono:	(909)824-2361	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 p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		03/09/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	SUSANA MACIAS		SSN:	\(\frac{1}{2}\)	XXX-XX99	99	
INFORMA	CION DEL TRABA	<sub>1</sub> JO #					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES E	DEL TRABAJO					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	ántas horas le hacen Horas	El pone	erse en cuclilla	as:	ras hace el o sig	Horas
Pararse:		Horas		narse/que dob llamiento:	ola:		Horas Horas
Caminar:		Horas		nannento. nzar para arrit	ha:		Horas
Manejar:		Horas		nzar para arri nzar hacia fue			Horas
	as trabaja en un		El torce				Horas
Día Normal/Turno:		Horas	Arrastr	e:			Horas
Semana:		Horas	El subi	r de la escalor	nes:		Horas
			El subi	r de la escaler	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ando:			Horas
			Jalando	):			Horas
			Cargan	do cosas pesa	idas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante	Constantemente	A menu	do	A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs:		}			$\longrightarrow$		
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	ncluye		Constantemente	A menu	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la		_			[_		
Dirección de la Equilibrio:	precision:	}			}		{
	le la computadora/del co	oiín de tacto :			}		{
	nizado para la eficacia :	) do taoto .			{ }_		{ }
	simultánea y teléfono :	}			$\longrightarrow$		{



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	SUSANA MACIAS		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	i?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	spués del accider	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión, favor llenar lo siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/09/23

PATIENT #

Nombre:	SUSANA MACIAS	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

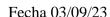
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	SUSANA MACIAS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O 1	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	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
RECOMENI COMPRENI	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	XPLICADAS A N MEDICO PARA	MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El I	Firma: Fecha:		





PATIENT #	!			
Nombre:	SUSANA MACIAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAI	Pagina (1 de		
2)				

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.

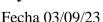
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	SUSANA MACIAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobredichos	J.

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 03/09/23

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