

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JACINTO GUZMAN

WESTSTAR RIVERSIDE

TACIENTE			
Nombre:	JACINTO GUZMAN	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3308 RUSSELL ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92501	FDN:	08/17/1954
Teléfono:	(951)213-0720	Edad:	68
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)213-0720		
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/16/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	D'ARC, BRENT	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4444 MAGNOLIA AVE		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92501		
Teléfono:	(951)274-3424	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	v Asignacion de	Reneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		05/01/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JACINTO GUZMAN		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	AJO					
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le	e hacen		lia normal, rse en cuclill		oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas		El incli	narse/que dol	bla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodil	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arri	ba:		Horas
	as trabaja en un		El alcar	nzar hacia fue	era:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:			Arrastre	2:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		}		1
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 ii	ncluye	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:				}		
Equilibrio: Uso del ratón d	e la computadora/del cojín de tacto:				}		{
	nizado para la eficacia:	}					{ }{
	imultánea y teléfono :				\longrightarrow		{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JACINTO GUZMAN		SSN:	XXX-XX9999		
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 05/01/23

PATIENT #

Nombre: JACINTO GUZMAN 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

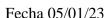
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

SSN:	XXX-XX9999
TE CERTIFICO (QUE FUI A POR MI PROPIA
	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
	E SERE EVALUADO(A) POR UN
	QUE LA EVALUACION Y
	II ANTES DEL TRATAMIENTO.
	OBTENIR AUTORIZACION PARA
	OO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
	IRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
	ZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
110 0071101111	ZIM QUE IM COMBICION MCTURE
	TE CERTIFICO MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE RTIFICADO Y O PLICADAS A M MEDICO PARA EN COMPRENI TORIZACION F NO GUARANTI





PATIENT #							
Nombre:	JACINTO GUZMAN	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	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.

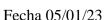
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JACINTO GUZMAN	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para env	riarle
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 nuestra b	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	d 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 05/01/23

PATIENT #					
Nombre:	JACINTO GUZMAN	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:	JACINTO GUZMAN	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			