

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	8487 RAINTREE DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA90504	FDN:	05/30/1956
Teléfono:	(951)221-7903	Edad:	67
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/21/2022	Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	VYAS, SHAIL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8245 E MONET VISTA RD STE 200		
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92808		
Teléfono:	(714)974-0100	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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 Persona	l v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/22/23	
MARIA HII	LDA MARQUEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	SSN:	xx	X-XX9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO	0			
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	El poi	nerse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		linarse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		lillamiento:		Horas
Manejar:	Horas		anzar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		anzar hacia fuera:		Horas
Día Normal/Turno	. Horas	El tor			Horas
Semana:	Horas	Arras	ire: oir de la escalones:		Horas
			oir de la escalones.		Horas
			do una computado:	ra·	Horas
			do el teléfono:		Horas
			ijando:		Horas
		Jalano	-		Horas
			ındo cosas pesadas	s:	Horas
_	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo		Nunca
10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs:	•		}		_
26 lbs a 50 lbs:			}		_ }
51 lbs a 75 lbs:			}	\rightarrow	\dashv
76 lbs a 100 lb	s:		\ 	\rightarrow	\dashv
más de 100 lbs	:				
Mi trabajo i		Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:] [
El agarrar de la	petidor de pies :		}		_
Dirección de la			{ }		
Equilibrio:			{ }		
Uso del ratón d	le la computadora/del cojín de tacto :		1	\rightarrow	\dashv
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono :				



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	MARIA HILDA MAF	QUEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
T		0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	à?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/22/23

PATIENT #

Nombre: MARIA HILDA MARQUEZ 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

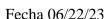
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE C MPRENDO (ERTIFICADO (PLICADAS MEDICO PA IEN COMPR (TORIZACIO	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN O Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. ARA OBTENIR AUTORIZACION PARA ENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ON FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	L
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PΔ	Т	TEN	Т	#
1 4	. ж	THE PARTY		TT

Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	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.

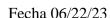
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	е		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	ıda por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la saluc	para los servicios sobredich	10S.

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 06/22/23

PATIENT #				
Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA HILDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			