

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	GLORIA DAGNINO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3560 GOLDEN AVE APT B	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92505	FDN:	03/27/1994
Teléfono:	(951)384-8523	Edad:	29
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	05/26/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DATE, ANIL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	27141 HIDAWAY AVE SUITE 106		
Ciudad, Zip:	CANYON COUNTRYCA91351		
Teléfono:	(661)252-8469	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	ON 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 y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	coporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/12/23	
GLORIA DA	AGNINO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	GLORIA DAGNING	0		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	LJO #						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO						
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	ántas horas le hace Horas Horas	en	El poner	ia normal, se en cuclil arse/que do	las:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar: Manejar:		Horas Horas		Arrodilla El alcana	amiento: zar para arr	iba:		Horas Horas
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	ras trabaja en un	Horas Horas		El torcer Arrastre: El subir El subir Usando o Usando o Empujar	de la escalo de la escalo una compu el teléfono:	ones: era: tadora:		Horas
En mi trabaj 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:		evante	Constante		o cosas pes		A veces	Horas Nunca
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs	s:							
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : a energía:	ojín de tacto :	Constante	emente	A men	udo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	GLORIA DAGNINO		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O 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, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/12/23

PATIENT #

Nombre: GLORIA DAGNINO 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

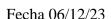
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

SSN:	XXX-XX9999	
ESENTE CERTIE	ICO OUE FUI A POR MI PRO)PIA
	_	
11 0 110 001110		OTTICIOTIE
te:		
on:		
na:		
ıa:		
a)		
na:		
	SENTE CERTIF ATAMIENTO D IEDICO Y QUE I COMPRENDO Y CERTIFICAD N EXPLICADAS N MI MEDICO P AMBIEN COMPI A AUTORIZACI IA O NO GUAR e: n: a: a: a: a:	SENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PRO ATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPREN IEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION N'EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAN MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO A AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. IA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICIDA E: Comparison





PATIENT #						
Nombre:	GLORIA DAGNINO	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.

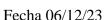
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GLORIA DAGNINO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la se de cita.	a salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	,
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informacion encontrar interesante en el tratamient inbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	u condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación de la salud	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 06/12/23

PATIENT #						
Nombre :	GLORIA DAGNINO	SSN:	XXX-XX9999			
	GLORIA DAGNINO					

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:	GLORIA DAGNINO	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_ Fecha:_						
	Firma:_ Fecha:						