

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	ELISELDA JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	2049 MEDICAL CENTER DRIVE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	PERRISCA92570	FDN:	07/08/1961		
Teléfono:	(951)500-4861	Edad:	62		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #				
Fecha::	08/02/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN				
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerp	0:		
Direccion:	6405 DAY STREET				
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507				
Teléfono:	(951)697-5611	Dx:			
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA					
Nombre:		Nombre :			
Direccion:		Direccion:			
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:			
Tipo:		Tipo:			
Ins Nombre :		Ins Nombre :			
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:			
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	e Beneficios		
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que Wo mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en		
		08/14/23			
ELISELDA	JIMENEZ	Fecha fir	mada		



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	. #					
Nombre:	ELISELDA JIMENEZ	Z	SSN:	XXX-	XX9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O#				
Cargo:						
Descripción de las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DI	EL TRABAJO				
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuár	ntas horas le hacen			as horas hace el o si	
Sentarse:	H	Horas		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	I	Horas		arse/que dobla:		Horas
Caminar:	I I	Horas	Arrodilla			Horas
Manejar:	I	Horas		zar para arriba:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El alcan	zar hacia fuera:		Horas
Día	I-	Horas	El torce	•		Horas
Normal/Turno			Arrastre			Horas
Semana:		Horas	El subir	de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computadora:		Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empujar	ndo:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que lev	vante Co	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:	:				1	1
26 lbs a 50 lbs:	:					
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lb						
más de 100 lbs	:					
Mi trabajo i	ncluye	Co	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:					
Movimiento re	petidor de pies :					7
El agarrar de la						
Dirección de la	a precisión:					
Equilibrio:	1-1					
	le la computadora/del cojí nizado para la eficacia :	n de tacto :			}	_{ }
	simultánea y teléfono:	}			}	-
1	J	Į.	J	l	J L	J L J



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ELISELDA JIMENE	Z	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/14/23

PATIENT #

Nombre: ELISELDA JIMENEZ 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

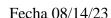
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	ELISELDA JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO I IEN COMP TORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR	•			
El	Firma: Fecha:			





	PA	TI	ŒN	JT	#
--	----	----	----	----	---

Nombre:	ELISELDA JIMENEZ	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.

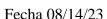
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ELISELDA JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal p	ara enviarle
usted puede nosotros tan	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De n	uestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredi	ichos.

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 08/14/23

PATIENT #			
NT I			
Nombre:	ELISELDA JIMENEZ	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:	ELISELDA JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
DDW/A CW/ A	CKNOW EDCMENT NEODMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			