

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE

EDWING A DURAN

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	EDWING A DURAN	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	18625 CAROL ST	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	PERRISCA92570	FDN:	10/11/1998		
Teléfono:	(909)836-8416	Edad:	24		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #				
Fecha::	03/02/2023	Post-cirugia:			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	6405 DAY STREET				
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507				
Teléfono:	(951)697-5611	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	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA		
Nombre:		Nombre:			
Direccion:		Direccion:			
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:			
Tipo:		Tipo:			
Ins Nombre:		Ins Nombre:			
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:			
Authorizacion para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios					
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 03/27/23					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #								
Nombre:	EDWING A DURAN		SSN:	x	(XX-XX99	99		
INFORMA	CION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de	Descripción de las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES DEL TR	ABAJO						
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas hor	as le hacen	El pone	rse en cuclilla	as:	oras hace el o si	guiente Horas Horas	
Pararse:	Horas			narse/que dob lamiento:	1a:		Horas	
Caminar:	Horas			ızar para arrib	oa:		Horas	
Manejar:	Horas			nzar hacia fue			Horas	
	as trabaja en un		El torce	er:			Horas	
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	e:			Horas	
Semana:	Horas		El subir	de la escalon	nes:		Horas	
			El subir	de la escalera	a:		Horas	
			Usando	una computa	dora:		Horas	
			Usando	el teléfono:			Horas	
			Empuja	ndo:			Horas	
			Jalando:			Horas		
			Cargano	do cosas pesa	das:		Horas	
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menuc	do	A veces	Nunca	
10 lbs o menos	î î							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		\longrightarrow		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 i		Constant	emente	A menuo	do	A veces	Nunca	
Movimiento repetidor de manos:								
Movimiento repetidor de pies :					[_			
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:					}		{ }	
Equilibrio:	precision.	}			{ }		{	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :					\longrightarrow		\downarrow	
Trabajo sincronizado para la eficacia :					\longrightarrow		\downarrow	
Computadora simultánea y teléfono :					\longrightarrow		1	



Injury Informacion

PATIENT #									
Nombre:	EDWING A DURAN		SSN:	XXX-XX9999					
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	mente su accidente: :								
					Yes	No			
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?							
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?					
Se tomaron ra	ayos x?								
Si fue un acci	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 recivieno	do tratamiento med	ico 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 03/27/23

PATIENT #

Nombre: EDWING A DURAN 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

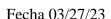
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	EDWING A DURAN	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TF CFRTII	FICO OUE FULA POR MUPROPIA	4
	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			NTO.
	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			,
MEJORE. F				
SI MENOR:				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





PATIENT #						
Nombre:	EDWING A DURAN	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.

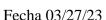
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	EDWING A DURAN	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	l será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la bién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	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 03/27/23

PATIENT#					
Nombre:	EDWING A DURAN	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:	EDWING A DURAN	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			