

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/29/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	RAQUEL MARCIAL	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	925 PENNSYLVANIA AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	COLTONCA92324	FDN:	09/27/1961
Teléfono:	(909)452-6639	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/06/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	CHUN, KEOLANUI	Partes del cuerpo	:
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)967-5611	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	al y 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 tt-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/29/23	
RAQUEL M	IARCIAL	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	RAQUEL MARCIAL		SSN:	XXX	K-XX9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
	a típico de 8 horas, cuán			lia normal, Cuá rse en cuclillas:	úntas horas hace el o s	siguiente Horas
Sentarse:		foras		narse/que dobla:		Horas
Pararse:		Ioras		amiento:		Horas
Caminar: Manejar:		Ioras Ioras		zar para arriba:		Horas
		oras		zar hacia fuera:		Horas
	ras trabaja en un		El torce	r:		Horas
Día Normal/Turno	: H	foras	Arrastre	:		Horas
Semana:	Н	loras	El subir	de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computador	ra:	Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empuja	ndo:		Horas
			Jalando:		Horas	
			Cargand	lo cosas pesadas	:	Horas
En mi traba	jo se requiere que lev	ante Cons	tantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:						\dashv
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs					_	_{ }
Mi trabajo i		Const	tantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:						
Movimiento repetidor de pies :					_	
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:						\exists
Equilibrio:	i procision.					
	le la computadora/del cojír	n de tacto:				\dashv
	nizado para la eficacia:				\dashv	\dashv
Computadora simultánea y teléfono :						



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	RAQUEL MARCIAL		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	Se tomaron rayos 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 06/29/23

PATIENT #

Nombre: RAQUEL MARCIAL 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

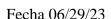
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	RAQUEL MARCIAL	SSN:	XXX-XX9999
		J	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz			
SI MENOR:			
E1 N	Jambra da Dadra O Cuardian dal Dagianta		
EII	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	T:		





PATIENT #			
Nombre:	RAQUEL MARCIAL	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.

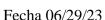
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	RAQUEL MARCIAL	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	ı salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información o su condición médica. De nuestra base de dat ella sólo Occidental información relacionad	os,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 06/29/23

PATIENT #					
Nombre:	RAQUEL MARCIAL	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 #	ŧ			
Nombre:	RAQUEL MARCIAL	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			