

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766
Direccion:	1775 KIPPY DRIVE	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	COLTONCA92324	FDN:	10/31/1985
Teléfono:	(909)256-1792	Edad:	37
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	01/29/2019	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	VAN DYKE, MICHELE	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA		
Teléfono:	(909)890-1888	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pa guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		04/12/23	
RAMIRO R	AMIREZ PEREZ	Fecha firm	nada ———



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2	2766	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Commen					
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Duranta un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	En un d	ia normal, Cuántas	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		amiento:		Horas
			zar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno	. Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas				\rightarrow
	110148		de la escalones:		Horas
			de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empujar	ndo:		Horas
		Jalando:			Horas
		Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	::				
11 lbs a 25 lbs:	:				7
26 lbs a 50 lbs:	:				
51 lbs a 75 lbs:	:				
76 lbs a 100 lbs					
más de 100 lbs					
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
_	petidor de manos:				
	epetidor de pies :				\prec
El agarrar de la	a energía:				\exists
Dirección de la	a precisión:				$\exists \vdash = \exists$
Equilibrio:					\exists
Uso del ratón d	de la computadora/del cojín de tacto:				1
Trabajo sincro	nizado para la eficacia:				
Computadora s	simultánea y teléfono:				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	RAMIRO RAMIREZ	PEREZ	SSN:	XXX-XX2766		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN O	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron i	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido ala	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico 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 04/12/23

PATIENT #

Nombre: RAMIRO RAMIREZ PEREZ SSN: XXX-XX2766

INFORMACIÓN DEL DOLOR

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

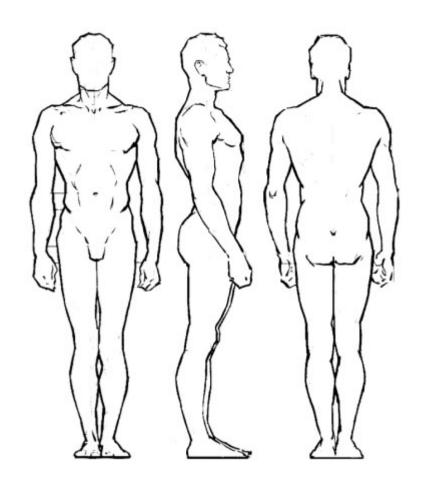
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

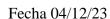
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA 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 TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO P IEN COMPI	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES QUE SERE EVALUADO(A) POR U O Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I RENDO QUE YO NO PUEDO RECI ON FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN O. PARA BIR IAS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			- - - -





Th	Α.	7 1	1	Th. 7	783	11
\mathbf{r}	/%	 1.1	IIH'			77

Nombre:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766

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.

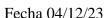
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información que de interés a usted**	y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	ación de la salud	l 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 04/12/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766

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:	RAMIRO RAMIREZ PEREZ	SSN:	XXX-XX2766				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_						
	Fecha:_						
	Firma:_ Facha:						