

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/21/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999			
Direccion:	7332 21TH ST APT F	Sexo:	F			
Ciudad, Zip:	WESTMINSTERCA92683	FDN:	01/11/1976			
Teléfono:	(714)770-4263	Edad:	47			
Telé trabajo :		Email:				
Telé celular:						
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #					
Fecha::	06/23/2022	Post-cirugia :				
Tipo:	WC	FDC:				
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN					
Nombre:	ISEKE, HAROLD	Partes del cuerpo	:			
Direccion:	3711 LONG BEACH BLVD STE 200					
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90807					
Teléfono:	(562)980-0555	Dx:				
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO					
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono:				
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :					
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono :				
INFORMACI	ÓN 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.						
		04/21/23				
YAQUELIN	E RIBERA GARCIA	Fecha firm	nada			



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	A	SSN:		XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO							
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen	El pone	rse en cuclil	las:	noras hace el o si	Horas
Pararse:	Horas			narse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Horas			lamiento:	1		Horas
Manejar:	Horas			ızar para arri ızar hacia fu			Horas
Cuántas horas trabaja en un			El torce		era:		Horas Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			· de la escalo	nes.		Horas
				de la escalo			Horas
				una comput			Horas
			Usando el teléfono:			Horas	
			Empujando:				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constant		A menu		A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:] []
51 lbs a 75 lbs:							-{
76 lbs a 100 lbs		}					{
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :] []
El agarrar de la Dirección de la							
Equilibrio:	precision.	}					-
_	e la computadora/del cojín de tacto :						$\exists \vdash \longrightarrow$
	nizado para la eficacia :						₹
Computadora simultánea y teléfono :							<u> </u>



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	YAQUELINE RIBER	RA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo on la	Sala de Emergencia	, ,			Yes	No
				4 41 0		
Si no fue a t	in cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro medico?		
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 tratan	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/21/23

PATIENT #

Nombre: YAQUELINE RIBERA GARCIA 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

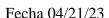
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO I IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE O OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO 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 ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TO A	TIES.	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	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.

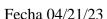
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	lud será utiliza	da por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información o encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ión de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 04/21/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	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:	YAQUELINE RIBERA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			