

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	2761 N GOLDEN AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINO,CA,92404	FDN:	09/12/1980
Teléfono:	(909)780-6550	Edad:	42
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/17/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	NATT, BALBIR	Partes del cuerpo	0:
Direccion:	1044 LIVE OAK AVE		
Ciudad, Zip:	FONTANA,CA,92337		
Teléfono:	(909)770-8293	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
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 We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
			02/09/23
VERONICA	A MARQUEZ		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	VERONICA MARQUEZ		SSN:		XXX-XX-9	9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAI	BAJO					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen		lia normal, (oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas		El incli	narse/que dol	bla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodil	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arril	ba:		Horas
	ras trabaja en un		El alcar	nzar hacia fue	era:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno			Arrastre	2:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalor	nes:		Horas
			El subir	de la escalei	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	•			Horas
			Cargano	do cosas pesa	ndas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constant	emente	A menu	ido	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		<u> </u>		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	ncluye	Constant	emente	A menu	ido	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la					[-] []
Dirección de la Equilibrio:	precision:	}			}		
	le la computadora/del cojín de tacto				\longrightarrow		{
	nizado para la eficacia:						{ }
	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		\longrightarrow		{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	VERONICA MARQU	JEZ	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brever	nente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/09/23

PATIENT #

Nombre: VERONICA MARQUEZ SSN: XXX-XX-9999

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

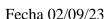
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:		
Nombre:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999
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 CH 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 D 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:		





TD.	4 m	TIT	TATE	r 4
P /	A I		. 1 🖜	

Nombre:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999

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.

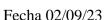
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	;		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para env	viarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nuestra	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	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 02/09/23

PATIENT #					
Nombre:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999		

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

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:	VERONICA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX-9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:_					
	Firma:					