

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	14172 STONEHURST DR	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	09/25/1980
Teléfono:	(951)210-0806	Edad:	42
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)722-5737		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/22/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	6405 DAY STREET	Ī	
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)697-5611	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		04/12/23	

MARLO E ARELLANO SUSARREY

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 04/12/23

PACIENTE	#						
Nombre:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	(SSN:		XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)					
	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen		lia normal, rse en cuclil		horas hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:	Horas			narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			amiento:	oia.		Horas
Caminar:	Horas			zar para arri	iha:		Horas
Manejar:	Horas			zar hacia fu			Horas
	as trabaja en un		El torce				Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	»:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargand	do cosas pes	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constante	emente	A menu	ıdo	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 ir	· ·	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:] []
El agarrar de la	petidor de pies :						{
Dirección de la							{ }
Equilibrio:	F	}					{ }
	e la computadora/del cojín de tacto :			}			{ }
Trabajo sincron	nizado para la eficacia :						1
Computadora si	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		1



Injury Informacion

Fecha 04/12/23

PATIENT #	#					
Nombre:	MARLO E ARELLAN	O SUSARREY	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN O	ACCIDENTE#				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia)			Yes	No
	un cuarto de emergen		gún otro tipo de c	entro médico?		
Se tomaron						
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo	manejar el vehículo	después del accio	lente?		
Ha tenido a	lgun accidente anterio	or en la misma parte d	lel cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento medi	co por la misma lesió	ón			
Si todavía e	esta reciviendo tratami	ento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sigu	iente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono	ĺ					



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/12/23

PATIENT #

Nombre: MARLO E ARELLANO SUSARREY 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

Fecha 04/12/23

PATIENT #			
Nombre:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	SSN:	XXX-XX9999

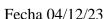
FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El

Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD 4	1 717	T T T	$\Gamma \perp \mu$
1		 1 N I	111

Nombre:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	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.

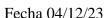
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
3)				
Los Recordarecordatorio	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 tar	ción sobre Tratamientos: Su información o encontrar interesante en el tratamiento y mbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ón de la salud	para los servicios sobredic	hos.

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

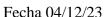
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





PATIENT #

Nombre:

MARLO E ARELLANO SUSARREY 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



Fecha 04/12/23

PATIENT #				
Nombre:	MARLO E ARELLANO SUSARREY	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			