

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARCIANO VERGARA CASTRO

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576
Direccion:	10540 ORCHARD STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	BLOOMINGTONCA92316	FDN:	09/14/1975
Teléfono:	(909)745-5464	Edad:	47
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/01/2018	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B	Ī	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	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 Person	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	_
		04/26/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	2#					
Nombre:	MARCIANO VERGA	ARA CASTRO	SSN:	XXX-XX	8576	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	TO #				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DI	EL TRABAJO				
Durante un di Sentarse:	ía típico de 8 horas, cuái	ntas horas le hacen Horas	El poner	a normal, Cuántas se en cuclillas:	horas hace el o si	Horas
Pararse:		Horas		arse/que dobla:		Horas
Caminar:		Horas	Arrodilla	ar para arriba:		Horas
Manejar:	[] F	Horas		ar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El torcer			Horas
Día Normal/Turno	: I	Horas	Arrastre:			Horas
Semana:	I	Horas		de la escalones:		Horas
			El subir o	de la escalera:		Horas
			Usando ı	ına computadora:		Horas
			Usando e	el teléfono:		Horas
			Empujan	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que lev	/ante Co	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca
11 lbs a 25 lbs:		_				{
26 lbs a 50 lbs:	:	}_				{
51 lbs a 75 lbs:	:	}				1
76 lbs a 100 lb						
más de 100 lbs	::					
Mi trabajo i	ncluye	Co	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca
	epetidor de manos:					
	epetidor de pies :					
El agarrar de la Dirección de la		_				{
Equilibrio:	i precision.	}_				{ }
_	de la computadora/del cojí	in de tacto :				{
Trabajo sincro	nizado para la eficacia :					<u> </u>
Computadora s	simultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	MARCIANO VERG	ARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en alg	gún otro tipo de	centro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo	después del acc	idente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	or en la misma parte d	el cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesió	n			
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/26/23

PATIENT #

Nombre: MARCIANO VERGARA CASTRO SSN: XXX-XX8576

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

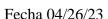
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDISENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O GEDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO I IEN COMP TORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y COBTENIENDO 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 ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	•			
EI	Firma: Fecha:			





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

Nombre:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576

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.

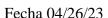
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	nd para los servicios sobredichos.	

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

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

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 04/26/23

PATIENT	#
---------	---

Nombre:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576

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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARCIANO VERGARA CASTRO	SSN:	XXX-XX8576	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			