

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA SAGREDO

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARIA SAGREDO	SSN:	XXX-XX9999			
Direccion:	22862 ALLIES PLACE #B	Sexo:	F			
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	12/26/1958			
Teléfono:	(951)570-9836	Edad:	64			
Telé trabajo :		Email:				
Telé celular:						
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #					
Fecha::	03/01/2021	Post-cirugia :				
Tipo:	WC	FDC:				
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN						
Nombre:	WILKER, MOSHE H	Partes del cuerpo	:			
Direccion:	11980 SAN VICENTE BLVD STE 114					
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90049					
Teléfono:	(310)337-7463	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 cuanto la asego	n West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West- ni aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en			

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA SAGREDO		SSN:	XXX-X	(X9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O #				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DI	EL TRABAJO				
Sentarse:		Horas	El poner	ia normal, Cuánta se en cuclillas: arse/que dobla:	as horas hace el o si	guiente Horas
Pararse:		Horas	Arrodilla	^		Horas
Caminar: Manejar:		Horas Horas		zar para arriba:		Horas
		101 as		zar hacia fuera:		Horas
Día	as trabaja en un		El torcer			Horas
Normal/Turno	:F	Horas	Arrastre:			Horas
Semana:	I.	Horas	El subir	de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computadora:		Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empujan	ndo:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que lev	vante Co	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:					1	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	Co	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la					}] []
Dirección de la Equilibrio:	precision:	_			}	
	le la computadora/del cojí	in de tacto :			{ }	-{
	nizado para la eficacia :				{	-{ }
	simultánea y teléfono :				\	$\exists \vdash $



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	MARIA SAGREDO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo on la	o Sala da Emarganci	29			Yes	No
	a Sala de Emergenci					
Si no fue a	un cuarto de emerge:	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesić	ón, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/16/23

P	٨	T	I	N	T	1 ±
III /	-1			.13		- ++

Nombre:	MARIA SAGREDO	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

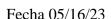
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA SAGREDO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · ·
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz			
SI MENOR:			
F1 N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
1211	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





ombre:	MARIA SAGREDO	SSN:	XXX-XX9999	
	MARIA SAGREDO		XXX-XX9999	

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.

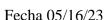
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA SAGREDO	SSN:	XXX-XX9999	
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	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos ella sólo Occidental información relacionada	
	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 05/16/23

PATIENT #			
Nombre:	MARIA SAGREDO	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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA SAGREDO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			