

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216
Direccion:	3156 E ORANGETHROPE AVE A	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92806	FDN:	11/25/1965
Teléfono:	(714)631-0181	Edad:	57
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/14/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SHAH, NIMISH	Partes del cuerpo	:
Direccion:	21520 SOUTH PIONNER BLVD STE 2		
Ciudad, Zip:	HAWAIIAN GARDENSCA90716		
Teléfono:	(562)402-2811	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN 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	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		06/07/23	
GUADALUI	PE RIVERA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	GUADALUPE RIVE	RA	SSN:		XXX-XX2	216	
INFORMAC	CION DEL TRABA.	JO #					
Cargo:							
Cargo.							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO					
D	- 4/-: 1- 0 1/		En 111	ı dia norma	al Cuántas h	oras hace el o si	ouiente
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuá	ntas noras le nacen Horas		nerse en cuc			Horas
Pararse:				linarse/que			Horas
		Horas		illamiento:			Horas
Caminar:		Horas		anzar para a	rriha:		Horas
Manejar:		Horas		anzar hacia			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El tor		100101		Horas
Día Normal/Turno:		Horas	Arras				Horas
Semana:		Horas		oir de la esca	lones.		Horas
							\rightarrow
				oir de la esca			Horas
				lo una comp			Horas
				lo el teléfon	0:		Horas
			Empu	jando:			Horas
			Jalano				Horas
			Carga	ndo cosas p	esadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que le	vante	Constantemente	A me	enudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	•						
11 lbs a 25 lbs:				{		-	
26 lbs a 50 lbs:					<u> </u>	-	
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs:	:						
Mi trabajo ir	ncluye		Constantemente	A me	enudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
_	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del coj	in de tacto :] [-	
	nizado para la eficacia:			{			
Computadora s	imultánea y teléfono:						



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	GUADALUPE RIVE	RA	SSN:	XXX-XX2216		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/07/23

PATIENT #

Nombre: GUADALUPE RIVERA SSN: XXX-XX2216

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

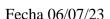
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAI TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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 DI CO Y QUE (MPRENDO ERTIFICAD(YPLICADAS MEDICO P IEN COMPI TORIZACIO	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YOOBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN O Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR:				
EL	Firma: Fecha:			





Nombre:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de		

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

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.

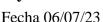
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sa os de cita.	lud 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 su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi informac	ión de la saluo	d 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 06/07/23

PATIENT #					
Nombre:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216		

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:	GUADALUPE RIVERA	SSN:	XXX-XX2216	
DDIII A CIV	A CANNON ED CAMPAN AND DATA EVON			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			