

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	MARIA ORTEGA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	15238 CLYMER ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	MISSION VIEJOCA91345	FDN:	04/24/1958
Teléfono:	(818)212-4001	Edad:	65
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/28/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASIMIAN, STEPAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91206		
Teléfono:	(818)500-9286	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		07/03/23	
MARIA OR'	TEGA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	2#							
Nombre:	MARIA ORTEGA			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO						
Durante un dí Sentarse:	ía típico de 8 horas, c	uántas horas le hace	en		ia normal, se en cuclil		noras hace el o sig	guiente Horas
Pararse:		Horas			arse/que do	bla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla				Horas
Manejar:		Horas			zar para arri			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un	,		El alcanz	zar hacia fu	era:		Horas
Día		Horas		El torcer				Horas
Normal/Turno Semana:	:	Horas		Arrastre:				Horas
Scinana.		Jiloias			de la escalo			Horas
					de la escale			Horas
					una comput el teléfono:			Horas
				Empujar				Horas
				Jalando:				Horas
					o cosas pes	adae.		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que l	levante	Constante		A meni		A veces	Nunca
10 lbs o menos	3:							
11 lbs a 25 lbs:	:							
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lb más de 100 lbs							-	{
Mi trabajo i			Constante	mente	A meni	udo	A veces	Nunca
	epetidor de manos:							
	epetidor de pies :						-	{
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:							{	
Equilibrio:								{
	de la computadora/del c	cojín de tacto :	}					{ }
Trabajo sincro	nizado para la eficacia	:		$\overline{}$				1
Computadora s	simultánea y teléfono:			$\overline{}$				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA ORTEGA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :				***	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/03/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: MARIA ORTEGA 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

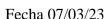
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	MARIA ORTEGA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAM	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTO Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIONTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONTISTICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXPO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBINTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y (EPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	EIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR EIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El N	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #					
Nombre:	MARIA ORTEGA	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D Pagina (1 de			
2)					

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.

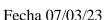
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA ORTEGA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de e encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobredich	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.



Fecha 07/03/23

PATIENT #					
Nombre:	MARIA ORTEGA	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 #				
Nombre:	MARIA ORTEGA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO)N		
TRIVACTA	CENTOWIEDGINE IN THE ORIVIATIO	711		
	Pacien			
	Fire	na:		
	Fec	ha:		
	Fire	na:		
	Fec	ha·		