

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297		
Direccion:	716 N SPURCE ST	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	RIALTOCA92376	FDN:	08/31/1964		
Teléfono:	(909)368-1699	Edad:	58		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #				
Fecha::	01/19/2022	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN				
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerp	0 :		
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220				
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408				
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:			
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMAC	CIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA		
Nombre:		Nombre :			
Direccion:		Direccion:			
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:			
Tipo:		Tipo:			
Ins Nombre :		Ins Nombre :			
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:			
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	e Beneficios		
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que Wo mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en		
		03/07/23			
MATILDE	ONTIVEROS	Fecha firmada			



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	MATILDE ONTIVEROS		SSN:		XXX-XX4	297	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción d	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	acen	El pone	rse en cuclill	as:	noras hace el o si	Horas
Pararse:	Horas			narse/que dol	bla:		Horas
Caminar:	Horas			amiento:	1		Horas
Manejar:	Horas			zar para arri zar hacia fue			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		era:		Horas
Día Normal/Turno	. Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalor	nes.		Horas
				de la escalei			Horas
				una computa			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargano	lo cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constante		A menu		A veces	Nunca
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$			<u> </u>	1
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 menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
Movimiento repetidor de pies :							
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:						-	
Equilibrio:	i precision:						{
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :						<u> </u>	{ }
Trabajo sincronizado para la eficacia :						-	{
Computadora simultánea y teléfono :			$\overline{}$		$\overline{}$	>	1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MATILDE ONTIVER	os	SSN:	XXX-XX4297		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/07/23

PATIENT #

Nombre: MATILDE ONTIVEROS SSN: XXX-XX4297

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

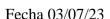
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO PE IEN COMPI	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I QUE SERE EVALUADO(A) POR U O Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P RENDO QUE YO NO PUEDO RECII ON FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion: Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:			- - - -
	Firma:			_





PATIENT #						
Nombre:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297			

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.

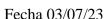
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la s os de cita.	salud será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información qu er de interés a usted**	y la gestión de	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ición de la salud	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 03/07/23

PATIENT #					
Nombre:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297		

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:	MATILDE ONTIVEROS	SSN:	XXX-XX4297	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			