

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	MARISELA ALVAREZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	PO BOX 9097	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BREACA92822	FDN:	05/30/1971
Teléfono:	(714)951-2915	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/06/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	ACCESS, DIRECT	Partes del cuerpo	:
Direccion:	123 DIRECT ACCESS		
Ciudad, Zip:	DIRECTCA92801		
Teléfono:	(123)456-7896	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 aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		05/22/23	
MARISELA	ALVAREZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	MARISELA ALVAREZ		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Ü							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TR	ABAJO					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas ho	ras le hacen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas		El poner	rse en cucli	llas:		Horas
Pararse:	Horas		El inclin	arse/que do	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcanz	zar para arr	riba:		Horas
	ras trabaja en un		El alcan	zar hacia fu	iera:		Horas
Día	as trabaja en un		El torcer	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empujar				Horas
			Jalando:			}	Horas
					andon:		Horas
			Carganu	o cosas pes	sauas:		Horas
_	jo se requiere que levante	. Constant	temente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs:							
26 lbs a 50 lbs:					[_] []
51 lbs a 75 lbs:					[
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs						-	
Mi trabajo i	ncluye	Constant	temente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
Movimiento re	petidor de pies :		$\overline{}$				
El agarrar de la	energía:					-	1
Dirección de la	precisión:					-	
Equilibrio:						·	
	le la computadora/del cojín de ta	eto:					
	nizado para la eficacia :						
Computadora s	simultánea y teléfono:						



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARISELA ALVARI	ΞZ	SSN:	XXX-XX9999		
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	icia, 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 recivien	do tratamiento med	ico 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 05/22/23

PATIENT #

Nombre: MARISELA ALVAREZ 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

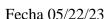
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARISELA ALVAREZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH 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 D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMPI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y OBTENIENDO 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	Ā
SI MENOR				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Fecha:			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			





PΔ	Т	TEN	Т	#
1 4	. ж	THE PARTY		TT

Nombre:	MARISELA ALVAREZ	SSN:	XXX-XX9999

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.

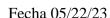
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARISELA ALVAREZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	2 de		
3)				
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la sa os de cita.	alud será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	a condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informac	ción de la salud	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 05/22/23

PATIENT #				
Nombre:	MARISELA ALVAREZ	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:	MARISELA ALVAREZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
IRIVACIA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			