

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/30/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409
Direccion:	4269 AVON ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92509	FDN:	09/14/1972
Teléfono:	(951)286-7096	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)286-7096		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/08/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
INFORMACION Nombre: Direccion:	NATT, BALBIR  1044 LIVE OAK AVE	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	FONTANA,CA,92337		
Teléfono:	(909)770-8293	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono :			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	01/30/23
ANA ORTIZ	Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 01/30/23

PACIENTE	E #				
Nombre:	ANA ORTIZ		SSN:	XXX-XX-2409	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO			
	día típico de 8 hora	as, cuántas horas le h			
Sentarse:			Horas		
Pararse:			Horas		
Caminar:			Horas		
Manejar:			Horas		
Cuántas hor	cas trabaja en un				
Día Normal	/Turno:		Horas		
Semana:			Horas		
En un dia no	ormal, Cuántas hor	as hace el o siguiente	<u></u>		
El ponerse e	en cuclillas:		Horas		
El inclinars	e/que dobla:		Horas		
Arrodillami	ento:		Horas		
El alcanzar	para arriba:		Horas		
El alcanzar	hacia fuera:		Horas		
El torcer:			Horas		
Arrastre:			Horas		
El subir de l	la escalones:		Horas		
El subir de l	la escalera:		Horas		

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	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 incluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :				
El agarrar de la energía:				
Dirección de la precisión:				
Equilibrio:				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				







PATIENT #	£					
Nombre:	ANA ORTIZ		SSN:	XXX-XX-2409		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE#				
Describa brev	remente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	encia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, puo	lo manejar el vehículo de	espués del accid	ente?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento me	dico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratar	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/30/23

PA	וידי	IE.	N	Γ	#

Nombre:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409

#### 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

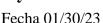




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/30/23

PATIENT #				
Nombre:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATAL TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE O OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO 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 ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
MEJORE. F	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O zDO	NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUA	AL.
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firms			





PATIENT #				
Nombre:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409	
AVISO DE F	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le		
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.

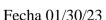
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	2 de	
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sa os de cita.	alud será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y	la gestión de	ede 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	ción 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 01/30/23

	PATIENT #					
Nombre: ANA ORTIZ SSN: XXX-XX-2409						

#### **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

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



Fecha 01/30/23

PATIENT #				
Nombre:	ANA ORTIZ	SSN:	XXX-XX-2409	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			