

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	NAVIDAD CHAVEZ	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	1355 RIVERSTONE CT	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	HEMETCA92545	FDN:	12/24/1969	
Teléfono:	(909)682-2320	Edad:	53	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #			
Fecha::	03/16/2023	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN			
Nombre:	ACCESS, DIRECT	Partes del cuerp	0 :	
Direccion:	123 DIRECT ACCESS			
Ciudad, Zip:	DIRECTCA92801			
Teléfono:	(123)456-7896	Dx:		
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMAC	CIÓN 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 We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la infe est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en	
		05/12/23		
NAVIDAD	CHAVEZ	Fecha firmada		



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	NAVIDAD CHAVEZ		SSN:	XXX-XX99	999			
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#						
Cargo:								
Descripción d	Descripción de las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES DEL	, TRABAJO						
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuánta	ras	En un dia n El ponerse e El inclinarse		oras hace el o sig	uiente Horas		
Pararse: Caminar:	Ho		Arrodillamie	•		Horas		
Manejar:	Ho		El alcanzar p	oara arriba:		Horas		
	ras trabaja en un		El alcanzar l	nacia fuera:		Horas		
Día	IIo	***	El torcer:			Horas		
Normal/Turno			Arrastre:			Horas		
Semana:	Ho	ras	El subir de la	a escalones:		Horas		
			El subir de la	a escalera:		Horas		
			Usando una	computadora:		Horas		
			Usando el te	léfono:		Horas		
			Empujando:			Horas		
			Jalando:			Horas		
			Cargando co	sas pesadas:		Horas		
En mi trabaj	jo se requiere que levar	nte Constant	temente	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 lb más de 100 lbs			}	}				
Mi trabajo i		Constant	temente	A menudo	A veces	Nunca		
Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies :								
El agarrar de la				}				
Dirección de la		}	}	}		{ }		
Equilibrio:	, p	}	} }	}		{ }		
	le la computadora/del cojín o	de tacto :	\longrightarrow	}				
	nizado para la eficacia:		\longrightarrow	}				
Computadora s	simultánea y teléfono :		\longrightarrow	}				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	NAVIDAD CHAVEZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN 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	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o 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 05/12/23

PATIENT #

Nombre: NAVIDAD CHAVEZ 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

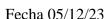
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	ŧ		
Nombre:	NAVIDAD CHAVEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	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 CI IDACION 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 DE CO Y QUE (MPRENDO ERTIFICADO (PLICADAS MEDICO PA IEN COMPR (TORIZACIO	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN O Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. ARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR	•		
El	Firma: Fecha:		





PATIENT #					
Nombre:	NAVIDAD CHAVEZ	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.

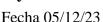
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	NAVIDAD CHAVEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal p	ara enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De n	nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	para los servicios sobredi	ichos.

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 05/12/23

PATIENT #					
(
Nombre :	NAVIDAD CHAVEZ	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:	NAVIDAD CHAVEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:			
	Firma:_ Fecha:			