

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARTIN NORIEGA

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894			
Direccion:	9408 BEECH AVE	Sexo:	M			
Ciudad, Zip:	FONTANACA92335	FDN:	10/22/1981			
Teléfono:	(909)507-8072	Edad:	41			
Telé trabajo :		Email:				
Telé celular:						
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #					
Fecha::	03/27/2023	Post-cirugia :				
Tipo:	WC	FDC:				
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN						
Nombre:	NATT, BALBIR	Partes del cuerpo	:			
Direccion:	1044 LIVE OAK AVE					
Ciudad, Zip:	FONTANACA92337					
Teléfono:	(909)770-8293	Dx:				
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO					
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono :				
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :					
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono :				
INFORMACI	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 Personal	l y Asignacion de	Beneficios			
Authorizacion para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 05/08/23						

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARTIN NORIEGA		SSN:	XXX-XX	X0894	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	0#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un dí Sentarse: Pararse:		tas horas le hacen foras	El poner	ia normal, Cuánta: se en cuclillas: arse/que dobla:	s horas hace el o si	guiente Horas
Caminar:		loras	Arrodilla	nmiento:		Horas
Manejar:	Н	loras		zar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			El alcanzar hacia fuera:		Horas
Día Normal/Turno	. П	oras	El torcer Arrastre:			Horas Horas
Semana:		loras		de la escalones:		Horas
				de la escalera:		Horas
			Usando ı	ına computadora:		Horas
				el teléfono:		Horas
			Empujan	ido:		Horas
			Jalando:	Jalando:		Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	ante C	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
11 lbs a 25 lbs:		}				{ }
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs		_		·		
			¹onstantamente	A menudo	A vioces	Nunce
Mi trabajo in	petidor de manos:		Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de pies :	_			}	
El agarrar de la	_	}_		·		
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	le la computadora/del cojír	ı de tacto :		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	nizado para la eficacia : simultánea y teléfono :	_			}	
- ompanion i	j tololollo .	l	J \			_J L J



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	MARTIN NORIEGA		SSN:	XXX-XX0894				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O 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	ayos 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 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 05/08/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: MARTIN NORIEGA SSN: XXX-XX0894

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

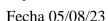
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	~	
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE		` /
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA. 10 TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
		NO GUARAN I	IZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJORE. F2	ZDQ		
CI MENOD.			
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Eirmo:		





Nombre:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894	

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.

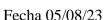
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informacio su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacio	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	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 05/08/23

PATIENT #			
Nombre:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894

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:	MARTIN NORIEGA	SSN:	XXX-XX0894	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			