

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	MARIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	9056 65TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92509	FDN:	01/08/1968
Teléfono:	(323)479-1250	Edad:	55
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/24/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	COLLIE, NORMA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1801 EXCISE AVE STE 108		
Ciudad, Zip:	ONTARIOCA91761		
Teléfono:	(818)528-6766	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ 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 Persona	al v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		03/17/23	
MARIA DIA	AZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	Ε#							
Nombre:	MARIA DIAZ			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#						
Commen								
Cargo:								
Descripción d	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO						
						0 () 1		
	ía típico de 8 horas, cu		en				oras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:		Horas			se en cuclil			\rightarrow
Pararse:		Horas			arse/que do	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla				Horas
Manejar:		Horas			zar para arr			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un			El alcanz	zar hacia fu	iera:		Horas
Día		1 + +		El torcer	••			Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre:				Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
				El subir	de la escale	era:		Horas
				Usando	una compu	tadora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empujan	ndo:			Horas
				Jalando:				Horas
					lo cosas pes	adas:		Horas
	jo se requiere que le	evante	Constante	mente	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 lb						}	-	-
más de 100 lbs						}		-
111as de 100 10s	·							
Mi trabajo i	ncluye		Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:							
Movimiento re	epetidor de pies :						-	
El agarrar de la							-	
Dirección de la	a precisión:							
Equilibrio:								
	de la computadora/del co							
	nizado para la eficacia:]		[
Computadora s	simultánea y teléfono:] [1) [



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre :	MARIA DIAZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1a	a Sala de Emergencia	7			Yes	No
		 ncia, se presento en algú	n otro tino do oor	stro módico?		
		icia, se presento en argu	ii otro tipo de cei	ntro medico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/17/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: MARIA DIAZ 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

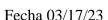
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI INTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB INTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y KPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ESIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ETRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
Ell	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #						
Nombre:	MARIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE I	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.

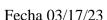
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	MARIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de le encontrar interesante en el tratamiento y la poién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	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 03/17/23

PATIENT #					
Nombre:	MARIA DIAZ	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:	MARIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999	
DDIYA CIV A	CUNIONAL EDGIMENTE INTEGRALATION			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			