

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/13/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	MARIA BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	18115 11TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BLOOMINGTON,CA,92316	FDN:	08/28/1965
Teléfono:	(909)697-7593	Edad:	57
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/02/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad, Zip:	POWAY,CA,92064		
Teléfono:	(858)451-2280	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Person	– al y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	proporcione la info st-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		1	02/13/23
MARIA BA	NDERAS		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre: MARIA BANDERAS SSN: XXX-XX-9999							
INFORMACION DEL TRABAJO #							
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO							
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas Horas En un dia normal, Cuántas horas hace el o sign El ponerse en cuclillas: El inclinarse/que dobla:	uiente Horas						
Pararse: Horas Erincharse/que dobia: Caminar: Horas Arrodillamiento:	Horas						
Manejar: El alcanzar para arriba:	Horas						
Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: El torcer:	Horas Horas						
Día Normal/Turno: Horas Arrastre:	Horas						
Semana: El subir de la escalones:	Horas						
El subir de 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 :	{ }						



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	MARIA BANDERAS	;	SSN:	XXX-XX-9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa breve	emente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?						
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 accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?								
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del 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 02/13/23

PATIENT #

Nombre: MARIA BANDERAS SSN: XXX-XX-9999

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

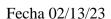
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999
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 EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F		TTO GOTHUNT	TEAM QUE III CONDICION TICTORE
TVILLUOICE: 17			
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Firma:		





PATIENT#					
Nombre:	MARIA BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999		
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	e			

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

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.

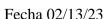
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999		
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud os de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle		
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada		
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	nd para los servicios sobredichos.		

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

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 02/13/23

PATIENT #				
Nombre:	MARIA BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999	

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



PATIENT #					
Nombre:	MARIA BANDERAS	SSN:	XXX-XX-9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_ Fecha:_				
	Firma: Fecha:				