

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	180 W WILSON ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIALTOCA92376	FDN:	06/13/1970
Teléfono:	(626)422-5382	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::		Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	RAHMAN, HAMID	Partes del cuerp	00:
Direccion:	330 E 7TH STREET		
Ciudad, Zip:	UPLANDCA91786		
Teléfono:	(909)931-3800	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	IÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	on para Proporcionar Informacion Perso	— nal y Asignacion d	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	o a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que W mi aseguranza por los servicios prestado	e proporcione la inf est-Star Physical T	formacion pertinente a este accidente en
		04/24/23	
GUADALU	PE BONILLA DE VALDEZ	Fecha fir	mada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 04/24/23

PACIENTE	C #							
Nombre:	GUADALUPE B	ONILLA DE VALDI	EZ	SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMA	CION DEL TRA	BAJO#						
Cargo:								
Descripción d	e las funciones:							
1								
DETALLES	S ADICIONALES	S DEL TRABAJO	)					
Durante un dí	ía típico de 8 horas,	cuántas horas le ha	cen				oras hace el o si	
Sentarse:		Horas			rse en cucli			Horas
Pararse:		Horas		El inclin	narse/que do	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodill	amiento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcan	zar para arı	riba:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un			El alcan	zar hacia fı	iera:		Horas
Día	( and tradaga off time			El torce	r:			Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
				El subir	de la escale	era:		Horas
				Usando	una compu	tadora:		Horas
				Usando	el teléfono	:		Horas
				Empuja	ndo:			Horas
				Jalando:				Horas
					lo cosas pes	sadas:		Horas
E ' 1 '		1	G					
_	jo se requiere que	e levante	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos								
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:						}		<b> </b>
51 lbs a 75 lbs:						}		<b>}</b>
76 lbs a 100 lb						{}		<b>-</b>
más de 100 lbs						}		$\langle \cdot \rangle$
Mi tuologio i	1		Constant		A men	(	Α	Nunca
Mi trabajo i	•		Constant	emente	A men	ludo	A veces	Nunca
	epetidor de manos: epetidor de pies :					}		<b>}</b>
El agarrar de la						}		<b></b>
Dirección de la						}		<b>-</b>
Equilibrio:	F-441010111		}			{ }		-{ }
_	de la computadora/del	l cojín de tacto:				$\longrightarrow$		$\exists \vdash = \exists$
	nizado para la eficaci	-	}			$\longrightarrow$ $\}$		$\prec$
Computadora s	simultánea y teléfono	:		$\overline{}$		$\longrightarrow$		$\prec$



## **Injury Informacion**

Fecha 04/24/23

PATIENT #						
Nombre:	GUADALUPE BONI	LLA DE VALDEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	cia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sign	aiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/24/23

PATIENT #

Nombre: GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ

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

Fecha 04/24/23

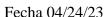
PATIENT #			
Nombre:		SSN:	\(\text{\tince{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\texi{\text{\texi\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\tin}\xi}\\ \text{\text{\text{\text{\text{\tin\text{\tin}\\ \ti}\\\ \tinttitex{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tinz}\tin}\tinttitex{\text{\texitin}\tint{\text{\tin}\tint{\text{\ti}
Nombre:	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	SSIN:	XXX-XX9999

#### FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

#### SI MENOR:

El





TD /	THE RESERVE	$\Gamma$ $\mu$

Nombre:	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	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.

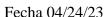
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	nda por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la saluc	para los servicios sobredic	hos.

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

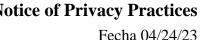
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





TD 4	1 717	T T T	$\Gamma \perp \mu$
1		 1 N I	111

Nombre:	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	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



Fecha 04/24/23

PATIENT #				
Nombre:	GUADALUPE BONILLA DE VALDEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			