

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/07/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	15406 HIBISCUS AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	FONTANACA92335	FDN:	04/06/1973
Teléfono:	(909)232-0344	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(909)232-0844		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/04/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GANSERT, KEVIN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	601 N EUCLID AVE		
Ciudad, Zip:	ONTARIOCA91762	]	
Teléfono:	(626)852-2268	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		06/07/23	
GUADALU	PE VALDOVINOS DE CASTRO	Fecha firn	nada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 06/07/23

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE C	ASTRO	SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	)					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cuclill			Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob 	ola:		Horas
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas
Manejar:	Horas			nzar para arril			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			nzar hacia fue	era:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		El torce				Horas
Semana:	Horas		Arrastre				Horas
Scilialia.	Horas			de la escalor			Horas
				de la escaler			Horas
				una computa	adora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando		1		Horas
			Cargano	do cosas pesa	idas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	ido	A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs:					[		
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:					$\longrightarrow$		{
76 lbs a 100 lbs							{ }
más de 100 lbs:		-	$\longrightarrow$				{
Mi trabajo ii	ncluve	Constant	emente	A menu	ido (	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :				$\longrightarrow$		{ }
El agarrar de la	energía:		$\overline{}$		}		1
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín de tacto :				] [		] []
	nizado para la eficacia : imultánea y teléfono :						{ }
Computational 8	initiation y totalono.				] [		



## **Injury Informacion**

Fecha 06/07/23

PATIENT :	#					
Nombre:	GUADALUPE VALI	OOVINOS DE CASTRO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergenci:	a?			Yes	No
		ncia, se presento en alg	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo d	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión	ı			
	esta reciviendo tratan	-				
misma iesio	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/07/23

PATIENT #

Nombre:

GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO

SSN:

XXX-XX9999

## INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

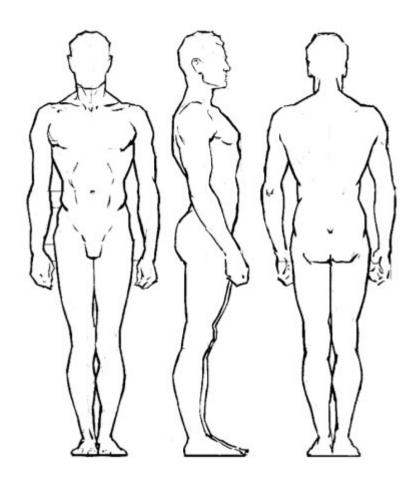
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 06/07/23

PATIENT #					
Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	SSN:	XXX-XX9999		

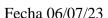
#### FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

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

Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	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.

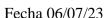
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





DA GETTENIGE 4

PATIENT	+			
Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
Los Record	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliz	nda por nuestro personal para e	enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y le mbién le podemos enviar información que de de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nuest	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la saluc	para los servicios sobredicho	s.

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 06/07/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	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 06/07/23

PATIENT #	:			
Nombre:	GUADALUPE VALDOVINOS DE CASTRO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			