

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389
Direccion:	178 EAST 29TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92404	FDN:	12/24/1962
Teléfono:	(909)277-1278	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/04/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BUENVIAJE SMITH, SARA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	10390 COMMERCE CENTER DRIVE ST		
Ciudad, Zip:	RANCHO CUCAMONGACA91730		
Teléfono:	(909)372-0000	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	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	coporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		03/07/23	
ALICIA APA	ARICIO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ALICIA APARICIO		SSN:		XXX-XX	1389	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	AJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le	hacen	El pone	dia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:	oua.		Horas
Manejar:	Horas			ızar para arri	iba:		Horas
				nzar hacia fu			Horas
Cuantas nor Día	ras trabaja en un		El torce	er:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs:							
26 lbs a 50 lbs:							-
51 lbs a 75 lbs:		<u></u>					{
76 lbs a 100 lbs	S:				$\overline{}$		
más de 100 lbs	:		$\overline{}$				7
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la Dirección de la] []
Equilibrio:	i precision.						-{
_	le la computadora/del cojín de tacto :	}					-{ }
	nizado para la eficacia :	}					┤ ├───┤
Computadora s	simultánea y teléfono :		$\overline{}$				7



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ALICIA APARICIO		SSN:	XXX-XX1389		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/07/23

PATIENT #

Nombre:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389

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

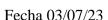
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			_
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE		. ,	OIV
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			TO
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		_	
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			,
MEJORE. F		110 00711		ICT OTIL
WILSOIKE. I	ZDQ			
SI MENOR:				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #						
Nombre:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389			
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAI	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.

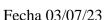
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>		
Nombre:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de	
Los Recorda recordatorio		la salud será utilizad	da por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	to y la gestión de su	de ser utilizada para enviarle información que u condición médica. De nuestra base de datos, lla sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi infor	mación 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 03/07/23

PATIENT#					
Nombre:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389		

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:	ALICIA APARICIO	SSN:	XXX-XX1389	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:			
	Firma:_ Fecha:			