

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/21/23

#### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	MARIA MESA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1316 N GILBERT STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801	FDN:	01/01/1959
Teléfono:	(760)524-7164	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(760)524-7164		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/08/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	VYAS, SHAIL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8245 E MONET VISTA RD STE 200		
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92808		
Teléfono:	(714)974-0100	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 Person	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical Th	_
		02/21/23	
MARIA ME	LSA	Fecha fi	rmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	MARIA MESA		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas Horas	e hacen	El poner	rse en cuclilla narse/que dob	as:	oras hace el o si	Horas
Caminar: Manejar:	Horas		El alcan	amiento: zar para arrib			Horas Horas
Día Normal/Turno: Semana: En mi trabaj 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:	o se requiere que levante	Constant	El torcer Arrastre El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	: de la escalor de la escaler una computa el teléfono: ndo:	nes: ra: adora: adas:	A veces	Horas Nunca
51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:							
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #							
Nombre:	MARIA MESA		SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	mente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?			
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l 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 02/21/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: MARIA MESA 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

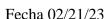
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	MARIA MESA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEI TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEI TRATAMIEI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI- NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y ( TPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	SIOTERAPIA. 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 STRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El N	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #						
Nombre:	MARIA MESA	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le				
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.

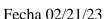
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA MESA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d 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 su condición médica. De nuestra base de datos, crella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salu	nd 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 02/21/23

PATIENT #						
Nombre:	MARIA MESA	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

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 MESA	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVA CV A	CUNOWI EDCMENT INFORMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			