

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha firmada

Fecha 02/20/23

INFORMACION DEL PACIENTE

HERLINDA DENOVA

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925		
Direccion:	753 CELEBRATION LANE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	PERRISCA92570	FDN:	10/28/1970		
Teléfono:	(951)500-1699	Edad:	52		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACION DEL PACIENTE #					
Fecha::	01/17/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	6405 DAY STREET				
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507				
Teléfono:	(951)697-5611	Dx:			
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	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 para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios					
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 02/20/23					
			V=1=V1= U		



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	HERLINDA DENOVA		SSN:	XXX-X	X8925	
INFORMA	CION DEL TRABAJO)#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
	a típico de 8 horas, cuánt			a normal, Cuánta se en cuclillas:	as horas hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:		oras		arse/que dobla:		Horas
Pararse:		oras	Arrodilla	^		Horas
Caminar:		oras		ar para arriba:		Horas
Manejar:		oras		ar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	Ho	oras	Arrastre:			Horas
Semana:		oras		le la escalones:		Horas
				le la escalera:		Horas
				ına computadora:		Horas
				l teléfono:		Horas
			Empujano	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que leva	ante Constan		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 in	ncluye	Constan	itemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:					} [
Dirección de la Equilibrio:	precision:		}		{ }	{ }
	le la computadora/del cojín	de tacto :	{		{ }	{ }
Trabajo sincronizado para la eficacia:			{		{ }	{
	imultánea y teléfono :		\longrightarrow			$\langle \cdot \rangle$



Injury Informacion

PATIENT #									
Nombre:	HERLINDA DENOV	A	SSN:	XXX-XX8925					
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brevemente su accidente: :									
					Yes	No			
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?							
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?					
Se tomaron ra	nyos x?								
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	spués del acciden	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 siguiente?									
Nombre:									
Direccion:									
Ciudad, Zip:									
Teléfono									



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/20/23

PATIENT #

Nombre: HERLINDA DENOVA SSN: XXX-XX8925

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

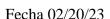
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				_
Nombre :	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925	_
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE CO Y QUE (MPRENDO ERTIFICADO (PLICADAS MEDICO PL IEN COMPR (TORIZACIO	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN O Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. ARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR:				
El l	Firma: Fecha:			





PATIENT #						
)				
Nombre:	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925			
	,					

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.

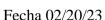
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			_
Nombre:	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	ı salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, ella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	l 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 02/20/23

PATIENT#					
Nombre:	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925		

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:	HERLINDA DENOVA	SSN:	XXX-XX8925			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente :					
	Firma:_ Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					