

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre :	ELENA DE AYALA	SSN:	XXX-XX9999
]	
Direction:	12561 CAMPUS LANE APT 6	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	GARDEN GROVECA92841	FDN:	10/13/1964
Teléfono:	(714)589-5459	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/31/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NORMAN, ZAID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5888 EDINGER AVE		
Ciudad, Zip:	HUNTINGTON BEACHCA92649		
Teléfono:	(714)867-7900	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 Persona	l v Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que p	•	
cuanto la aseg	guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		07/12/23	
ELENA DE	AYALA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #										
Nombre:	ELENA DE AYALA		SSN:	()	(XX-XX99	999				
INFORMACION DEL TRABAJO #										
Cargo:										
Descripción de	Descripción de las funciones:									
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO								
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	hacen		lia normal, (oras hace el o si	guiente Horas			
Pararse:	Horas			narse/que dob	ola:		Horas			
Caminar:	Horas			amiento:			Horas			
Manejar:	Horas			zar para arrib			Horas			
Cuántas hora	as trabaja en un			zar hacia fue	ra:		Horas			
Día N	Horas		El torce				Horas			
Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre				Horas			
Scinana.	Tiorus			de la escalor			Horas			
				de la escaler			Horas			
				una computa el teléfono:	dora:		Horas			
			Empuja				Horas			
			Jalando:				Horas			
			Cargando cosas pesadas:			Horas				
En mi trabajo	o se requiere que levante	Constante		A menu		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:					\longrightarrow		{			
Mi trabajo in	cluye	Constante	mente	A menue	(do	A veces	Nunca			
	etidor de manos:									
Movimiento rep	etidor de pies :		$\overline{}$		}		1			
El agarrar de la										
Dirección de la	precisión:									
Equilibrio:	a la computadora/dal caión de tento				[<u> </u>			
	e la computadora/del cojín de tacto :				}		{			
Trabajo sincronizado para la eficacia : Computadora simultánea y teléfono :					\longrightarrow		{			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ELENA DE AYALA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C) ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	NO
Si no fue a u	ın cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/12/23

PATIENT #

Nombre: ELENA DE AYALA 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

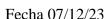
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	ELENA DE AYALA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEN TRATAMIEN	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTO Y LA DECISION DE RECIBIR TRATADO TENER REFERENCIA DE UN MEDIONTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONTIGORIO CON LICENCIA VALIDA Y CENTRA SERAN EXPO QUE EL SE COMUNICARA CON MICHIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y (EPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	EIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR EIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





XXX-XX9999	SN:	ELENA DE AYALA	mbre:
XXX-XX9999	SN:	ELENA DE AYALA	

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

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.

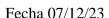
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ELENA DE AYALA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de l os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarlo	2
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informaci encontrar interesante en el tratamient nbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	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 07/12/23

PATIENT #						
Nombre:	ELENA DE AYALA	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



PATIENT #						
Nombre:	ELENA DE AYALA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					