

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/27/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2835 SONORA PLACE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92504	FDN:	01/09/1949
Teléfono:	(951)224-2718	Edad:	74
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/30/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACE	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	EOSAKUL, STANLEY	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	CORONACA		
Teléfono:	(951)734-2562	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 Personal	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		02/27/23	
MARIA FLO	ORES DE FRIAS	Fecha firm	ada ——



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS		SSN:	X	XX-XX99	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		_	se en cuclilla			Horas
Pararse:	Horas			arse/que dob	la:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodilla				Horas
Manejar:	Horas			zar para arrib			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un			zar hacia fuer	ra:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		El torcer				Horas
Semana:	Horas		Arrastre:	de la escalon			Horas
	110140						Horas
				de la escalera			Horas
				una computad el teléfono:	dora:		Horas
							Horas Horas
			Empujan Jalando:				$\dashv$
					J		Horas
			Cargando	o cosas pesac	aas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constanter	nente	A menud	do	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:			[		[		} [
51 lbs a 75 lbs:				<b>———</b>	}		{
76 lbs a 100 lbs			{	<b>———</b>	$$ $\}$		{ }
más de 100 lbs:			$\longrightarrow$	<b></b>	$\longrightarrow$		{
Mi trabajo ir	ncluye	Constanter	nente	A menud	do	A veces	Nunca
-	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :			<b>-</b>	$\longrightarrow$		1
El agarrar de la	energía:						
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín de tacto : nizado para la eficacia :						<b> </b>
	imultánea y teléfono:		{		$\longrightarrow$		{ }
1		l	] [		J		J L



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	MARIA FLORES DE	FRIAS	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron i	rayos x?					
Si fue un acc	eidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido ala	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/27/23

PATIENT #

Nombre: MARIA FLORES DE FRIAS 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

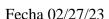




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI 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 I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI XPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			

#### **Notice of Privacy Practices**





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	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.

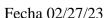
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





DA GETTENIGE 4

PATIENT #	+			
Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Record	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de e encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nues	tra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	d para los servicios sobredicho	os.

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.



DA GETTENIGE 4

#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 02/27/23

PATIENT#						
Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	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



# **Notice of Privacy Practices**

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA FLORES DE FRIAS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			