

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

| Nombre: | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 |
|------------------|---|-------------------|-------------|
| Direccion: | 23752 SUMMYMEAD BLVD | Sexo: | M |
| Ciudad, Zip: | MORENO VALLEY,CA,92553 | FDN: | 07/25/1989 |
| Teléfono: | (562)451-9438 | Edad: | 33 |
| Telé trabajo : | | Email: | |
| Telé celular: | | | |
| INFORMAC | ION DEL PACIENTE # | | |
| Fecha:: | 03/20/2020 | Post-cirugia : | |
| Tipo: | WC | FDC: | |
| INFORMAC Nombre: | UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN VAN DYKE, MICHELE | Partes del cuerpo | : |
| Nombre: | VAN DYKE, MICHELE | Partes del cuerpo | : |
| Direccion: | | | |
| Ciudad, Zip: | SAN BERNARDINO,CA, | | |
| Teléfono: | (909)890-1888 | Dx: | |
| INFORMAC | IÓN DEL ABOGADO | | |
| Nombre: | | | |
| Direccion: | | | |
| Ciudad, Zip: | | | |
| Teléfono: | | | |
| INFORMAC | IÓN DE EMPLEO : | | |
| Nombre: | | | |
| Direccion: | | | |
| Ciudad, Zip: | | | |
| Teléfono: | | | |

| INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA | INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA |
|--|--|
| Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#: | Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#: |
| | e proporcione la informacion pertinente a este accidente en l'est-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los |
| | 01/26/23 |
| JULIO RIVERA | Fecha firmada |



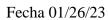
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 01/26/23

| PACIENTE | # | | | | |
|----------------|------------------|------------|------|-------------|--|
| Nombre: | JULIO RIVERA | | SSN: | XXX-XX-9999 | |
| INFORMAC | CION DEL TRABA | JO # | | | |
| Cargo: | | | | | |
| Descripción de | e las funciones: | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DETALLES | ADICIONALES D | EL TRABAJO | | | |

| During: Hoa typical 8 hour day | y, How malt | hootusrs do you | | | |
|---------------------------------|--------------|-----------------|----------|---------|-------|
| Sentarse: | | Horas | | | |
| Pararse: | | Horas | | | |
| Caminar: | | Horas | | | |
| Manejar: | | Horas | | | |
| Cuántas horas trabaja en un | | | | | |
| Día Normal/Turno: | | Horas | | | |
| Semana: | | Horas | | | |
| En un dia normal, Cuántas hor | as hace el o | siguiente | | | |
| El ponerse en cuclillas: | | Horas | | | |
| El inclinarse/que dobla: | | Horas | | | |
| Arrodillamiento: | | Horas | | | |
| El alcanzar para arriba: | | Horas | | | |
| El alcanzar hacia fuera: | | Horas | | | |
| El torcer: | | Horas | | | |
| Arrastre: | | Horas | | | |
| El subir de la escalones: | | Horas | | | |
| El subir de la escalera: | | Horas | | | |
| Usando una computadora: | | Horas | | | |
| Usando el teléfono: | | Horas | | | |
| Empujando: | | Horas | | | |
| Jalando: | | Horas | | | |
| Cargando cosas pesadas: | | Horas | | | |
| En mi trabajo se requiere que l | levante | Constantemente | 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: | | | | | |







| PATIENT # | | | | | | |
|----------------|------------------------|---------------------------|--------------------|--------------|-----|----|
| Nombre: | JULIO RIVERA | | SSN: | XXX-XX-9999 | | |
| INFORMAC | CIÓN DE LESIÓN | O ACCIDENTE# | | | | |
| Describa breve | emente su accidente: : | | | | | |
| | | | | | Yes | No |
| Estuvo en la | Sala de Emergenci | a? | | | | |
| Si no fue a u | n cuarto de emerge | ncia, se presento en algú | in otro tipo de ce | ntro médico? | | |
| Se tomaron i | rayos x? | | | | | |
| Si fue un acc | cidente de auto, pud | lo manejar el vehículo de | espués del accide | nte? | | |
| Ha tenido al | gun accidente anter | ior en la misma parte de | l cuerpo? | | | |
| Esta recivier | ndo tratamiento med | dico por la misma lesión | | | | |
| | | | | | | |
| Si todavía es | sta reciviendo tratar | niento medico por la | | | | |
| misma lesión | n, favor llenar lo sig | guiente? | | | | |
| Nombre: | | | | | | |
| Direccion: | | | | | | |
| Ciudad, Zip: | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | |



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/26/23

| D/ | \ T | III | NΠ | $\Gamma \#$ |
|----|-----|-----|----|-------------|
| | | | | |

Nombre: JULIO RIVERA SSN: XXX-XX-9999

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

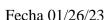




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/26/23

| PATIENT # | | | |
|--|--|--|---|
| Nombre : | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 |
| 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 MICHITO 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: | | |





| PATIENT # | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|------|-------------|--|--|--|
| Nombre: | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 | | | |
| AVISO DE P | PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o | 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.

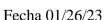
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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: | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 | |
| AVISO DE 3 | PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag | a (2 de | | |
| Los Recorda recordatorio | | a salud será utiliza | ada por nuestro personal para enviarle | |
| usted puede nosotros tan | encontrar interesante en el tratamient | to y la gestión de s | ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada | |
| | Por Favor no utiliza mi inform | mación de la salud | d 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 01/26/23

| PATIENT # | | | | | |
|-----------|--------------|------|-------------|--|--|
| | | | | | |
| Nombre: | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 | | |
| | | | | | |

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



Fecha 01/26/23

| PATIENT # | : | | | |
|-----------|----------------------------|------|-------------|--|
| Nombre: | JULIO RIVERA | SSN: | XXX-XX-9999 | |
| PRIVACY A | ACKNOWLEDGMENT INFORMATION | | | |
| | Paciente: | | | |
| | Firma:_ | | | |
| | Fecha:_ | | | |
| | _ | | | |
| | Firma:_ | | | |
| | Fecha: | | | |