

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ANA MARTIN

WESTSTAR RIVERSIDE

11101211121			
Nombre:	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713
Direccion:	2956 PRISCILLA ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92506	FDN:	04/26/1992
Teléfono:	(951)732-5758	Edad:	30
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/25/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	CAPELOTO, BRIAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1801 EXCISE AVE STE 108		
Ciudad, Zip:	ONTARIOCA91761		
Teléfono:	(909)390-3400	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	n para Proporcionar Informacion Personal	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.		
		03/16/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	ANA MARTIN			SSN:		XXX-XX9	713	
INFORMA	CION DEL TRAB	SAJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES	DEL TRABAJ	0					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, c	cuántas horas le ha	acen	El poner	rse en cucli	llas:	noras hace el o si	Horas
Pararse:		Horas			narse/que do	obla:		Horas
Caminar:		Horas			amiento:	11		Horas
Manejar:		Horas			zar para arı zar hacia fı			Horas
Cuántas horas trabaja en un			El torce		iera:		Horas Horas	
Día Normal/Turno		Horas		Arrastre				Horas
Semana:		Horas			de la escal	ones:		Horas
		_			de la escal			Horas
					una compu			Horas
					el teléfono:			Horas
				Empuja				Horas
				Jalando:				Horas
					lo cosas pes	sadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que	levante	Constant		A men		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 lb								_
más de 100 lbs			}				-	-
Mi trabajo i	ncluve		Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
	petidor de pies :		-				\	{
El agarrar de la	n energía:							7
Dirección de la	precisión:							
Equilibrio:								
	le la computadora/del							
	nizado para la eficacia simultánea y teléfono :							_{ }
Computationa 8	imultanea y telefollo:							J [J



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ANA MARTIN		SSN:	XXX-XX9713		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN C) ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/16/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713

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

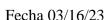
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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 ERTIFICADA MEDICO DE MEDICO DE TORIZACIONES DE COMPONIONES DE COMPONI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES D QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIEN PARA OBTENIR AUTORIZACION RENDO QUE YO NO PUEDO REC ION FIRMADA MI MEDICO. ADE	S MI UN TO. PARA CIBIR MAS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #				
Nombre:	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713	
AVISO DE F	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.

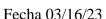
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre :	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3) Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliza	nda por nuestro personal pa	ra enviarle
recordatorios	s de cita. ión sobre Tratamientos: Su información de	la salud nu	ede ser utilizada nara envia	rle información que
usted puede nosotros tam	encontrar interesante en el tratamiento y la phién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nu	iestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la saluc	para los servicios sobredic	chos.

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 03/16/23

PATIENT #						
)				
Nombre:	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713			

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:	ANA MARTIN	SSN:	XXX-XX9713	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
				_
	Firma:			
	Fecha:			