

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/22/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

MERCED MAGANA

WESTSTAR RIVERSIDE

IACIENTE			
Nombre:	MERCED MAGANA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	8321 WELLS AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92503	FDN:	04/03/1977
Teléfono:	(951)261-2696	Edad:	45
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/03/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	OU, TING WEI	Partes del cuerpo	:
Direccion:	21634 RETREAT PARKWAY		
Ciudad, Zip:	TEMESEAL VALLEYCA92883		
Teléfono:	(951)493-6929	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 Persona	l v Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pi		
cuanto la aseg	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		03/22/23	
		00/11/10	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	MERCED MAGANA		SSN:	XXX-XX99	999		
INFORMA	CION DEL TRABAJO	) #					
Cargo:							
Descripción de	Descripción de las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEI	. TRABAJO					
	a típico de 8 horas, cuánta		En un dia no El ponerse en		oras hace el o sig	uiente Horas	
Sentarse:	Ho		El inclinarse			Horas	
Pararse:	Но		Arrodillamie	^		Horas	
Caminar:	Но		El alcanzar p			Horas	
Manejar:	Но	ras	El alcanzar h			Horas	
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer:	acia iucia.		Horas	
Día Normal/Turno:	Ho	ras	Arrastre:			Horas	
Semana:	Но	ras	El subir de la	escalones:		Horas	
			El subir de la			Horas	
				computadora:		Horas	
			Usando el tel	_		Horas	
			Empujando:			Horas	
			Jalando:			Horas	
			Cargando co	sas pesadas:		Horas	
En mi trabaj	o se requiere que leva	nte Constant		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	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca	
	petidor de manos:						
Movimiento repetidor de pies :							
El agarrar de la energía:							
Dirección de la precisión: Equilibrio:		}	}				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :			}				
Trabajo sincronizado para la eficacia:			}	}			
Computadora simultánea y teléfono :			$\longrightarrow$				



## **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	MERCED MAGANA		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués 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 sign	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/22/23

PATIENT #

Nombre:	MERCED MAGANA	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

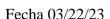
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	MERCED MAGANA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAL PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION I	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El I	Firma: Fecha:		
	F:		





PATIENT #					
Nombre:	MERCED MAGANA	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le			

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.

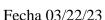
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	MERCED MAGANA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	a 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 su condición médica. De nuestra base de da ella sólo Occidental información relaciona	atos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 03/22/23

PATIENT #				
Nombre:	MERCED MAGANA	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:	MERCED MAGANA	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_				
	Fecha:_				
	Firma:				
	Fecha:				