

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/30/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA MOLINA

WESTSTAR MORENO VALLEY

111012111211			
Nombre:	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217
Direction:	25315 MICHELE LANE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	11/10/1965
Teléfono:	(951)623-3000	Edad:	57
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)623-3000		
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/15/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)697-5611	Dx:	
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	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	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		03/30/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	Ε#					
Nombre:	MARIA MOLINA		SSN:	XXX-XX	X9217	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	O #				
Conso						
Cargo:						
Descripción d	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
D 1		. 1 11	En un di	ia normal Cuánta	s horas hace el o si	iguiente
Sentarse:	ía típico de 8 horas, cuán	oras		se en cuclillas:	s noras nace er o si	Horas
				arse/que dobla:		Horas
Pararse:		oras	Arrodilla	^		Horas
Caminar:		oras		zar para arriba:		Horas
Manejar:	H	oras		zar hacia fuera:		\rightarrow
Cuántas hor	ras trabaja en un					Horas
Día	H	oras	El torcer			Horas
Normal/Turno			Arrastre:			Horas
Semana:	H	oras	El subir o	de la escalones:		Horas
			El subir o	de la escalera:		Horas
			Usando ı	una computadora:		Horas
			Usando e	el teléfono:		Horas
			Empujan	ido:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que leva	ante Cons	tantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	S:) [
11 lbs a 25 lbs:	:			——	}	
26 lbs a 50 lbs	•		}	<u> </u>	1	₹
51 lbs a 75 lbs:	:			·	1	
76 lbs a 100 lb	s:				ĺ	
más de 100 lbs	3:					
Mi trabajo i	ncluye	Cons	tantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:) [
Movimiento re	epetidor de pies :					1
El agarrar de la	a energía:			·	1	
Dirección de la	a precisión:				j	
Equilibrio:						
	de la computadora/del cojín	de tacto:				
	nizado para la eficacia:					
Computadora s	simultánea y teléfono:) [



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA MOLINA		SSN:	XXX-XX9217		
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 r	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivien	ido 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 03/30/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: MARIA MOLINA SSN: XXX-XX9217

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

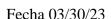
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	INTO 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		
	INTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F			
TILLO CILLI. I I			
SI MENOR:			
171.7	Namel and the Davidson of Consulting the Davidson		
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Firms:		
	Fecha:		
	Testion(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





PATIENT #				
Nombre:	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217	
AVISO DE P	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.

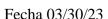
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

Nombre :	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
<u>, </u>	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal pa	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud	para los servicios sobredic	thos.

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 03/30/23

PATIENT #				
Nombre :	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217	

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:	MARIA MOLINA	SSN:	XXX-XX9217		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_ Fecha:				
	recna:_				
	Firma:				
	Fecha:				