

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JOSE AVINA

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953
Direccion:	9544 FONTANA AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	FONTANACA92335	FDN:	01/24/1963
Teléfono:	(909)827-8374	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/25/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	PARSA, RONNA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4014 LONG BEACH BLVD STE 210	Ī	
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90807		
Teléfono:	(562)997-7100	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 Persor	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical Th	_
		05/17/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JOSE AVINA		SSN:		XXX-XX4	953	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAF	BAJO					
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cucli			Horas
Pararse:	Horas			narse/que d	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arı	riba:		Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcan	ızar hacia fı	uera:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	h* /*			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escal	era:		Horas
			Usando	una compu	ıtadora:		Horas
				el teléfono			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
				do cosas pe	saqas.		Horas
_	o se requiere que levante	Constant	temente	A men	nudo	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	cluye	Constant	temente	A men	nudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :		$\overline{}$			-	
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín de tacto :				(
	izado para la eficacia :				[
Computadora si	multánea y teléfono :] [



Injury Informacion

PATIENT #	!					
Nombre:	JOSE AVINA		SSN:	XXX-XX4953		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estava en la	Cala da Emanasa	29			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	à <i>?</i>				
Si no fue a u	in cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/17/23

P	٨	T	I	N	T	1 ±
III /	-1			.13		- ++

Nombre:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953

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

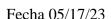
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				_
Nombre:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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 DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TTORIZACION F	ENIOTERAPIA. 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 STRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	
SI MENOR:				
El]	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #				
Nombre:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	agina (1 de		
2)				

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.

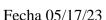
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	aga (2 de		
Los Recorda recordatorio		e la salud será utilizad	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamie	ento y la gestión de su	de ser utilizada para enviarle información o u condición médica. De nuestra base de da lla sólo Occidental información relacionad	tos,
	Por Favor no utiliza mi info	ormación 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 05/17/23

PATIENT#					
Nombre:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953		

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:	JOSE AVINA	SSN:	XXX-XX4953	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:_			
	Fecha:			