

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE

DOLORES DERAS

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	DOLORES DERAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	28621 YARROW WAY	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92555	FDN:	09/23/1971
Teléfono:	(562)569-5283	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/11/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BAKER, GARY	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5750 DOWNEY AVE., SUITE 306		
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90712		
Teléfono:	(562)408-4636	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 Person	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		03/27/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	DOLORES DERAS	SSN		XXX-XX9999		
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0				
Durante un día Sentarse: Pararse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	El po	n dia normal, onerse en cuclill		hace el o sigu	iiente Horas Horas
Caminar:	Horas	Arro	dillamiento:			Horas
Manejar:	Horas		canzar para arri			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un	El al- El to	canzar hacia fue	era:		Horas Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arra				Horas
Semana:	Horas		bir de la escalo	nes:		Horas
		El su	bir de la escale	ra:		Horas
		Usar	do una computa	adora:		Horas
		Usar	do el teléfono:			Horas
		Emp	ujando:			Horas
		Jalar	Jalando:			Horas
		Carg	ando cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constantemente	A menu		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:		}	}	\longrightarrow		
Mi trabajo in	cluye	Constantemente	A menu	ıdo 2	A veces	Nunca
Movimiento rep	etidor de manos:					
Movimiento rep						
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:			[
Equilibrio:	a la computadora/del coirr de tecto		}			
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :						
Computadora simultánea y teléfono :			}	\longrightarrow		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	DOLORES DERAS		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	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 reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/27/23

PATIENT #

Nombre: DOLORES DERAS 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

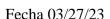
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	DOLORES DERAS	SSN:	XXX-XX9999
		J	
FORMA DE I	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTAD	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FIS	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O N	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OBT	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_	
	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · ·
	OACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	O QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	O QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	DOLORES DERAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	Pagina (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.

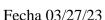
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	DOLORES DERAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información o su condición médica. De nuestra base de da ella sólo Occidental información relacionad	tos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	l 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 03/27/23

PATIENT#					
Nombre:	DOLORES DERAS	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:	DOLORES DERAS	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente :					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					