

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/19/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

JUAN DOMINGUEZ

### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132		
Direccion:	350 E SAN JACINTO	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	PERRISCA92571	FDN:	08/08/1978		
Teléfono:	(951)269-6471	Edad:	44		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	04/20/2023	Post-cirugia:			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE JÓN				
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	ÓN 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 para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios					
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.  05/19/23					
		03/17/43			

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#				
Nombre:	JUAN DOMINGUEZ	SSN	<u>&gt;</u>	XXX-XX2132	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	)			
Durante un dís Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	El po	onerse en cuclilla	as:	Horas
Pararse:	Horas		clinarse/que dob dillamiento:	)1a:	Horas
Caminar:	Horas		canzar para arrib	pa:	Horas
Manejar:	Horas		canzar hacia fue		Horas
	as trabaja en un	El to	rcer:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arras	stre:		Horas
Semana:	Horas	El su	bir de la escalor	nes:	Horas
		El su	bir de la escaler	a:	Horas
		Usan	do una computa	ıdora:	Horas
		Usan	do el teléfono:		Horas
		Empr	ujando:		Horas
		Jalan	do:	Horas	
		Carg	ando cosas pesa	das:	Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menue	do A v	veces Nunca
10 lbs o menos					
11 lbs a 25 lbs:			<b>}</b>		
26 lbs a 50 lbs:					
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs			<b>↓</b>		
mas de 100 ios.	•				
Mi trabajo ii		Constantemente	A menuo	do A v	veces Nunca
	petidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :			<b>}</b>	}	
El agarrar de la energía:  Dirección de la precisión:			<b>}</b>		
Equilibrio:	precision.		{	}	
	e la computadora/del cojín de tacto :		<b>{</b>	$\longrightarrow$	
	nizado para la eficacia :	}	<b>{</b>		
Computadora s	imultánea y teléfono :		1		



# **Injury Informacion**

PATIENT #	!					
Nombre:	JUAN DOMINGUEZ	7	SSN:	XXX-XX2132		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :					
Estuvo on lo	Sala da Emorgancia	2			Yes	No
	Sala de Emergencia			4.12.0		
Si no fue a u	in cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/19/23

PATIENT #

Nombre: JUAN DOMINGUEZ SSN: XXX-XX2132

### 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

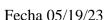
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha: Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #					
Nombre:	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132		
AVISO DE I	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.

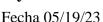
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	a salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	o y la gestión de s	de ser utilizada para enviarle informac u condición médica. De nuestra base d lla sólo Occidental información relaci	de datos,
	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 05/19/23

PATIENT #					
Nombre:	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132		

### **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:	JUAN DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX2132		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente : Firma:				
	Fecha:_				
	Firma:_ Fecha:				