

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

HENRY RAFAEL

WESTSTAR RIVERSIDE

TACIENTE	[
Nombre:	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	4234 MONROE ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92504	FDN:	12/26/2000
Teléfono:	(951)251-8986	Edad:	22
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/30/2022	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 Personal	v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		JUI VAI AU	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	HENRY RAFAEL		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
	A DICIONAL EG DEL EDADA I						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	acen	El pone	rse en cuclil	las:	noras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas			narse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Horas			amiento:			Horas
Manejar:	Horas			zar para arri			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un			zar hacia fu	era:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		El torce				Horas
Semana:	Horas		Arrastre	: de la escalo			Horas
				de la escale			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargando cosas pesadas:			Horas	
En mi trabai	o se requiere que levante	Constante		A meni		A veces	Nunca
10 lbs o menos:		Constante		A mem	1	A veces) (
11 lbs a 25 lbs:		-				—————————————————————————————————————	{
26 lbs a 50 lbs:					}		{
51 lbs a 75 lbs:			$\overline{}$				1
76 lbs a 100 lbs	:						
más de 100 lbs:							
Mi trabajo ir	ncluye	Constante	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :				i	-	1
El agarrar de la	energía:		$\overline{}$			-	1
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín de tacto :						
	iizado para la eficacia : imultánea y teléfono :						{
Computadora Si	imunanca y wiciono.	l	J] [



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	HENRY RAFAEL		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN 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	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	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 del	l cuerpo?			
Esta recivien	do 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 03/02/23

PATIENT #

Nombre:	HENRY RAFAEL	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

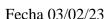
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO, SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFIC	CO QUE FUI A POR MI PROPIA	
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		~	UE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	•		- 1
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			Э.
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			
MEJORE. F				7101111
TVILLUOILE. 1 2				
SI MENOR:				
F1 N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
Lii				
	Fecha:			-
	Testigo(a):			-
	Nombre de la Persona tomando los datos:			-
	Einma.			-





PATIENT #	!			
Nombre:	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	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.

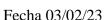
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	!			
Nombre:	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ıda por nuestro personal para e	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 nuest	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobredicho	s.

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 03/02/23

PATIENT #				
Nombre :	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999	
l	TIETATO TO A TIETA		7777 7770000	

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 #	<u> </u>			
Nombre:	HENRY RAFAEL	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMA	TION		
	Pac	ciente :		
		Firma:		
		Fecha:		
		Firma:		
		Fecha:		