

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/14/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

Nombre:	SSN:		
Direccion:	Sexo:		
Ciudad, Zip:	FDN:		
Teléfono:	Edad:		
Telé trabajo :	Email:		
Telé celular:			
INFORMACION DEL PACIENTE#			
Fecha::	Post-cirugia :		
Tipo:	FDC:		
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN			
Nombre:	Partes del cuerpo :		
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:	Dx:		
INFORMACIÓN DEL ABOGADO			
Nombre:	Direccion:		
Ciudad, Zip:	Teléfono:		
INFORMACIÓN DE EMPLEO :			
Nombre:	Direccion:		
Ciudad, Zip:	Teléfono:		
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA		
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.			
	07/14/23		
	Fecha firmada		



## INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #					
Nombre:		SSN:			
INFORMACION DEL TRABAJO	)#				
Cargo:					
Descripción de las funciones:					
DETALLES ADICIONALES DEI	TRABAJO				
Durante un día típico de 8 horas, cuánta Sentarse:	ras	En un dia normal	illas:	hace el o sigu	iente Horas Horas
	oras	El inclinarse/que d Arrodillamiento:	lobia:		Horas
	oras oras	El alcanzar para ar	riba:		Horas
	ras	El alcanzar hacia f			Horas
Cuántas horas trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno: Horas		Arrastre:	Horas		
Semana:	oras	El subir de la escal	lones:		Horas
		El subir de la escal	lera:		Horas
		Usando una compu	ıtadora:		Horas
		Usando el teléfono		Horas	
	Empujando:		Horas		
		Jalando:	Horas		
		Cargando cosas pesadas:			Horas
En mi trabajo se requiere que leva	nte Constante	emente A mer	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:		}			
mas de 100 lbs.					
Mi trabajo incluye	Constante	emente A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:					
Movimiento repetidor de pies :			[		
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:					
Equilibrio:	}	} }			}
Uso del ratón de la computadora/del cojín	de tacto :		$\longrightarrow$		
Trabajo sincronizado para la eficacia :	}				
Computadora simultánea y teléfono :					



# **Injury Informacion**

PATIENT #					
Nombre:		SSN:			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O	) ACCIDENTE #				
Describa brevemente su accidente: :					
				Yes	No
Estuvo en la Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a un cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cen	ntro médico?		
Se tomaron rayos x?					
Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?					
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?					
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión					
Si todavía esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:					
Direccion:					
Ciudad, Zip:					
Teléfono					



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/14/23

PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
INFORMAC	IÓN DEL DOLOR #		

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

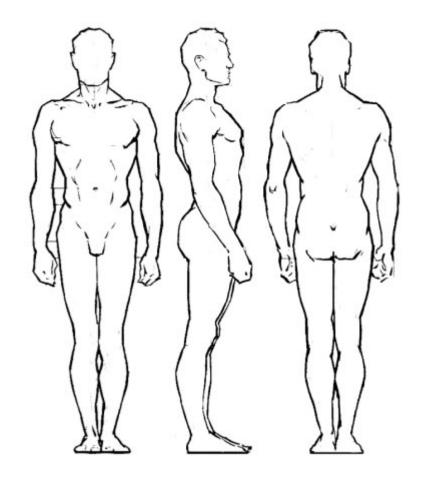
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #		
Nombre:	SSN:	
	ے	
FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MED TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	OMPRENDO QUI	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y C RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN E COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON M	XPLICADAS A N	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AI	BIEN COMPREN	DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA ( MEJORE. FzDQ		
SI MENOR:		
El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
Relacion: _		
Finna Fecha:		
Testigo(a):		
Nombre de la Persona tomando los datos:		
Firma:_		





PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
AVISO DE PI	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le	
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.

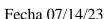
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	SSN:	
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
3)		
Los Recordatorios de la cita: Su información de la salud recordatorios de cita.	será utilizada po	r nuestro personal para enviarle
La información sobre Tratamientos: Su información de la usted puede encontrar interesante en el tratamiento y la g nosotros también le podemos enviar información que des que puede ser de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
Por Favor no utiliza mi información	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 07/14/23

PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
AVISO DE PI	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Page (3 of 3	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:		SSN:	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION		
	Paciente : Firma:		
	Fecha:		
	Firma:_ Fecha:		