

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/05/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ENRIQUETA LOPEZ GARCIA

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673
Direccion:	133 S ACACIA AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIALTOCA92376	FDN:	07/06/1967
Teléfono:	(909)260-8063	Edad:	55
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/15/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408		
Teléfono:	(323)435-4523	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	ON 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	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		00/03/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA		SSN:		XXX-XX4	1673	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)					
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen		lia normal, rse en cuclil		horas hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas			narse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Horas			amiento:			Horas
Manejar:	Horas			zar para arr			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
	110140			de la escale			Horas Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando:				Horas
				lo cosas pes	adas.		Horas
En mi trabaio	o se requiere que levante	Constante		A meni		A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				{
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs:							
Mi trabajo in	icluye	Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento rep							
El agarrar de la							} []
Dirección de la Equilibrio:	precision:						{
	e la computadora/del cojín de tacto :						{
	izado para la eficacia:						{
	multánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	ENRIQUETA LOPE	Z GARCIA	SSN:	XXX-XX4673		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo on lo	Sala da Emarganaja				Yes	No
	Sala de Emergencia			(1)		
Si no fue a u	ın 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 recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/05/23

PATIENT #

Nombre: ENRIQUETA LOPEZ GARCIA SSN: XXX-XX4673

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

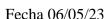
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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 CO Y QUE MPRENDO ERTIFICADA MEDICO I IEN COMPITORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QU OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES M D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBI ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	II . ARA IR .S,
SI MENOR:	:			
El	Firma: Fecha:			





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 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.

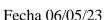
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Record		la salud será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamien	nto y la gestión de	ede ser utilizada para enviarle informa su condición médica. De nuestra base ella sólo Occidental información relac	de datos,
	Por Favor no utiliza mi infor	mación 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 06/05/23

TD A		TITLE	
	 IH IN	N II	π

Nombre:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673

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:	ENRIQUETA LOPEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX4673	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:_			
	Fecha:			
	Fecha:			