

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/10/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	WILBER AREVALO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	7908 MANGO AVENUE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	FONTANACA92336	FDN:	10/12/1983
Teléfono:	(323)318-4561	Edad:	39
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/02/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ELIAS, FADY	Partes del cuerpo) :
Direccion:	10390 COMMERCE CENTER DRIVE ST		
Ciudad, Zip:	RANCHO CUCAMONGACA91730		
Teléfono:	(909)372-0000	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		05/10/23	
WILBER A	REVALO	Fecha firr	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	WILBER AREVALO	SSN	:	XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	10				
Duranta un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	En 1	ın dia norr	nal. Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas		onerse en ci			Horas
Pararse:	Horas		nclinarse/qu			Horas
			dillamiento			Horas
Caminar:	Horas		lcanzar para			Horas
Manejar:	Horas		lcanzar haci			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		orcer:	a rucia.		Horas
Día Normal/Turno	. Horas					\rightarrow
Semana:	Horas		stre:			Horas
Scilialia.	Tioras		ıbir de la es			Horas
			ıbir de la es			Horas
		Usar	ndo una con	nputadora:		Horas
		Usar	ndo el teléfo	ono:		Horas
		Emp	oujando:			Horas
		Jalan	ido:			Horas
		Carg	gando cosas	pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	Ar	menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	::					
11 lbs a 25 lbs:			\exists		>	
26 lbs a 50 lbs:			7		-	
51 lbs a 75 lbs:			7		-	
76 lbs a 100 lb						
más de 100 lbs						
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	Αı	nenudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:					
Movimiento re	petidor de pies :		$\dashv \vdash$		>	\exists
El agarrar de la	a energía:		\exists		-	1
Dirección de la	n precisión:		7			1
Equilibrio:			7		·	1
	de la computadora/del cojín de tacto :		7			
	nizado para la eficacia :				·	
Computadora s	simultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	WILBER AREVALO		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	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 est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/10/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: WILBER AREVALO 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

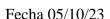
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				_
Nombre:	WILBER AREVALO	SSN:	XXX-XX9999	_
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFIC	O OUE FUI A POR MI PROPIA	
			FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO)
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			
	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
			TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL	
MEJORE. Fz		TTO GOTHUL	VIIZIN QUE MI COMBICION METORE	
TVILLUOILE, I Z				
SI MENOR:				
771.3				
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Fiffilia:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Eirmai			





PATIENT #	!			
Nombre:	WILBER AREVALO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagi	na (1 de		

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

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.

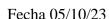
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	WILBER AREVALO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ıda por nuestro personal par	ca enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la saluc	para los servicios sobredic	hos.

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 05/10/23

PATIENT#				
Nombre:	WILBER AREVALO	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:	WILBER AREVALO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_			
	Fecha:			