

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/13/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO

WESTSTAR MORENO VALLEY

Fecha firmada

Nombre:	JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO	SSN:	XXX-XX-9999		
Direccion:	25341 E PARAISO DRIVE	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	HOMELAND,CA,92548	FDN:	02/16/1969		
Teléfono:	(951)287-1969	Edad:	53		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACION DEL PACIENTE #					
Fecha::	06/30/2021	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN				
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6				
Ciudad, Zip:	POWAY,CA,92064				
Teléfono:	(858)451-2280	Dx:			
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	ÓN 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 información 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.					
			02/13/23		



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 02/13/23

PACIENTE #	#						
Nombre:	JOSE DE JESUS MARTINEZ AREL	LANO	SSN:		XXX-XX-9	9999	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de l	las funciones:						
DETALLES A	ADICIONALES DEL TRABAJO)					
	típico de 8 horas, cuántas horas le hac	en		lia normal, (rse en cuclill		oras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:	Horas			arse/que dob			Horas
Pararse:	Horas			amiento:	<i>91a.</i>		Horas
Caminar:	Horas			annento. zar para arril	ha:		Horas
Manejar:	Horas			zar para arri zar hacia fue			Horas
Cuántas horas	s trabaja en un		El torce		πα.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalo	nes.		Horas
				de la escaler			Horas
				una computa			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargando cosas pesadas:			Horas	
En mi tualiai a		Ctt				Δ	
10 lbs o menos:	se requiere que levante	Constant	emente	A menu	.00	A veces	Nunca
11 lbs a 25 lbs:					{ }		{
26 lbs a 50 lbs:					\longrightarrow		{
51 lbs a 75 lbs:					\longrightarrow		{
76 lbs a 100 lbs:					}		
más de 100 lbs:							
Mi trabajo inc	cluye	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
Movimiento repe							
Movimiento repe	etidor de pies :				}		1
El agarrar de la e							
Dirección de la p	precisión:						
Equilibrio:	la computadore/del colin de teste :						} []
	la computadora/del cojín de tacto : zado para la eficacia :				{ }		{
	multánea y teléfono:						{



Injury Informacion

Fecha 02/13/23

PATIENT #						
Nombre:	JOSE DE JESUS M	ARTINEZ ARELLANO	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Sala de Emergencia	17			Yes	No
		ncia, se presento en alg	ún otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo d	lespués del accide	ente?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	el 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 02/13/23

PATIENT #

Nombre:

JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO

SSN:

XXX-XX-9999

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

Fecha 02/13/23

PATIENT #					
Nombre: J	OSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO	SSN:	XXX-XX-9999		

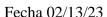
FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El

_





PATIENT #

Nombre: JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO SSN: XXX-XX-9999

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.

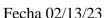
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





que puede ser de interés a usted**

PATIENT #	ŧ		
Nombre:	JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO	SSN:	XXX-XX-9999
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
3)			
Los Record	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

Por Favor no utiliza mi información de la salud para los servicios sobredichos.

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;

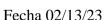
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

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.





PATIENT #

Nombre: JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO SSN: XXX-XX-9999

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

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



Fecha 02/13/23

PATIENT #						
Nombre:	JOSE DE JESUS MARTINEZ ARELLANO	SSN:	XXX-XX-9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	reciia					
	Firma:					