

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932
Direccion:	10471 COURSON DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	STANTONCA90680	FDN:	06/14/1961
Teléfono:	(714)872-3774	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/21/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direction:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408		
Teléfono:	(323)435-4523	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	ON 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	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a	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
		05/08/23	
AURELIA A	NAYA	Fecha firm	nada ———————————————————————————————————



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	AURELIA ANAYA		SSN:	×	(XX-XX19	932	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	e hacen	El pone	lia normal, C rse en cuclilla narse/que dob	as:	oras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas			amiento: zar para arrib	oa:		Horas
Manejar: Cuántas hor	as trabaja en un			zar hacia fuer			Horas
Día Normal/Turno: Semana:	Horas		El torce: Arrastre El subir		nes:		Horas Horas Horas
			Usando Usando Empuja Jalando:		dora:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas
En mi trabaj 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:	s:	Constant	emente	A menud	lo	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menud	lo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	AURELIA ANAYA		SSN:	XXX-XX1932		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	o Colo do Emerconci	2.9			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesić	ón, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/08/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: AURELIA ANAYA SSN: XXX-XX1932

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

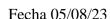
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	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 CI			. 014
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			JTO
	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			
MEJORE. F		NO GUAN	ANTIZAR QUE MI CONDICION	ACTUAL
MEJOKE. F	ZDQ			
CI MENOD				
SI MENOR:				
E1	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





PATIENT #				
Nombre:	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	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.

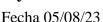
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	l será utilizada p	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la bién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud para	a 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 05/08/23

PATIENT#				
Nombre:	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932	

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 #	ł .			
Nombre:	AURELIA ANAYA	SSN:	XXX-XX1932	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			