

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/01/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	ANGELA JAVIER	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	31609 WOLFSKILL AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	NUEVO,CA,92567	FDN:	09/16/1966
Teléfono:	(323)220-4332	Edad:	56
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/09/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ELIAS, FADY	Partes del cuerpo	:
Direccion:	10390 COMMERCE CENTER DRIVE ST		
Ciudad, Zip:	RANCHO CUCAMONGA,CA,91730		
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	INFORMACIÓ MEDICA	ÓN 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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		02/0	1/23
ANGELA JA	AVIER	Fecl	ha firmada

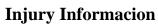


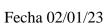
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 02/01/23

PACIENTE #							
Nombre:	ANGELA JAVIER		SSN:	XXX-XX-9999			
INFORMA	CION DEL TRABA	JO #					
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES D	EL TRABAJO					
Durante un	día típico de 8 horas	s, cuántas horas le hacen					
Sentarse:		Hor	as				
Pararse:		Hor	ras				
Caminar:		Hor	as				
Manejar:		Hor	as				
Cuántas hor	as trabaja en un	)					
Día Normal	/Turno:	Hor	as				
Semana:		Hor	Horas				
En un dia no	ormal, Cuántas hora	s hace el o siguiente					
El ponerse e	en cuclillas:	Hor	ras				
El inclinars	e/que dobla:	Hor	as				
Arrodillami	ento:	Hor	ras				
El alcanzar	para arriba:	Hor	ras				
El alcanzar	hacia fuera:	Hor	as				
El torcer:		Hor	ras				
Arrastre:		Hor	as				
El subir de l	la escalones:	Hor	as				
El subir de l	la escalera:	Hor	as				

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	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:				
Mi trabajo incluye	Constantemente	A menudo	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 :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				







PATIENT #	#					
Nombre:	ANGELA JAVIER		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?				
Si no fue a	un cuarto de emergen	cia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sign	niente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/01/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: ANGELA JAVIER 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



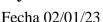


### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/01/23

PATIENT #			
Nombre :	ANGELA JAVIER	SSN:	XXX-XX-9999
		,	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAI TRATAMIE	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 D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD (PLICADA) MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR:			
EL	Firma: Fecha: Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #				
Nombre:	ANGELA JAVIER	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 e	de		
3)				

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

#### 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.

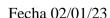
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #	!			
Nombre:	ANGELA JAVIER	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información qu su condición médica. De nuestra base de dato ella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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.



#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 02/01/23

PATIENT#					
Nombre:	ANGELA JAVIER	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



# **Privacy Practices Acknowledgement**

Fecha 02/01/23

PATIENT #						
Nombre:	ANGELA JAVIER	SSN:	XXX-XX-9999			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
- TRIVACI A	ACKNOWLEDGWENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					