

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/26/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

IRMA FELIX

### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	IRMA FELIX	SSN:	XXX-XX9999
Direction:	322 E 7TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN JACINTOCA92583	FDN:	10/29/1966
Teléfono:	(951)897-1893	Edad:	56
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/28/2020	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad, Zip:	POWAYCA92064		
Teléfono:	(858)451-2280	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West- ni aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	
		05/26/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	. #							
Nombre:	IRMA FELIX			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRAI	BAJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	S DEL TRABAJO						
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas,	cuántas horas le hac Horas	en		ia normal,		noras hace el o si	guiente Horas
Pararse:		Horas		El inclin	arse/que do	bla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:		Horas			zar para arri			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	<i></i>		El alcan	zar hacia fu	era:		Horas
Día		Horas		El torcer	r:			Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:		Horas			de la escalo			Horas
					de la escale			Horas
					una comput	adora:		Horas
					el teléfono:			Horas
				Empujar				Horas
				Jalando:				Horas
				Cargand	o cosas pes	adas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que	levante	Constante	mente	A menu	ıdo	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								{
								J []
Mi trabajo i			Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							}
Movimiento repetidor de pies :  El agarrar de la energía:							{	
Dirección de la precisión:							{	
Equilibrio:						$\longrightarrow$		{
	le la computadora/del	cojín de tacto:	}					<b>₹</b> }
Trabajo sincro	nizado para la eficacia	a:						1
Computadora s	simultánea y teléfono	:		$\overline{}$				1



# **Injury Informacion**

PATIENT #	‡					
Nombre:	IRMA FELIX		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a.?			Yes	No
			in atra tina da acc	ntra mádica?		
		ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro medico?		
Se tomaron	rayos x'?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/26/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre :	IRMA FELIX	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

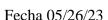
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	IRMA FELIX	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	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		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		1,0001111111	202 001,210101,1101012
SI MENOR:			
171.3	Name de De des O Consultant del Designator		
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Keiacion		
	Facha:		
	Testign(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





PATIENT #							
Nombre:	IRMA FELIX	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	e					
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.

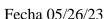
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	IRMA FELIX	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobredich	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 05/26/23

PATIENT #						
		1				
Nombre:	IRMA FELIX	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:	IRMA FELIX	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			