

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	7250 FENWAY DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	WESTMINSTERCA92683	FDN:	03/28/1979
Teléfono:	(602)473-9158	Edad:	43
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/14/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BERGEY, DARREN L	Partes del cuerpo	:
Direccion:	3420 BRISTOL STREET STE 700		
Ciudad, Zip:	COSTA MESACA92626		
Teléfono:	(714)485-3599	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		03/08/23	
NANCY RO	MAN	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	. #							
Nombre:	NANCY ROMAN			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	JO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO						
	a típico de 8 horas, cu		n		ia normal, se en cuclil		noras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:		Horas			arse/que do			Horas
Pararse:		Horas		Arrodilla	•	voia.		Horas
Caminar:		Horas			zar para arri	iha·		Horas
Manejar:		Horas			zar hacia fu			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un			El torcer:		ciu.		Horas
Día Normal/Turno	:	Horas		Arrastre:				Horas
Semana:		Horas			de la escalo	nes:		Horas
					de la escale			Horas
					una comput			Horas
					el teléfono:			Horas
				Empujan	ıdo:			Horas
				Jalando:				Horas
				Cargando	o cosas pes	adas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante	Constanter		A menu		A veces	Nunca
10 lbs o menos	•	1						
11 lbs a 25 lbs:								
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:				}				}
76 lbs a 100 lbs					-			{
más de 100 lbs				\longrightarrow	-			{
Mi trabajo i	ncluye	(Constanter	nente	A ment	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:	1						
	petidor de pies :							
El agarrar de la				[
Dirección de la Equilibrio:	a precision:	ĺ			-			{ }
	le la computadora/del co	ojín de tacto :						{
	nizado para la eficacia:							{
	simultánea y teléfono:			\longrightarrow	-			1



Injury Informacion

PATIENT #	#				
Nombre:	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN O ACCIDE	NTE#			
Describa brev	vemente su accidente: :				
				Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia?				
Si no fue a	un cuarto de emergencia, se pre	sento en algún otro tipo de	e centro médico?		
Se tomaron	rayos x?				
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo manejar o	el vehículo después del aco	cidente?		
Ha tenido a	lgun accidente anterior en la mi	sma parte del cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento medico por la 1	misma lesión			
Si todavía e	esta reciviendo tratamiento med	ico por la			
misma lesić	ón, favor llenar lo siguiente?				
Nombre:					
Direccion:					
Ciudad, Zip:					
Teléfono					



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/08/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: NANCY ROMAN 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

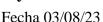
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				_
Nombre :	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999	,
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O 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 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 DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TTORIZACION F	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	
SI MENOR:				
El]	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #				
Nombre:	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 c	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.

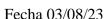
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3)				
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utilizad	a por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan		gestión de su	le ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de datos la sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud p	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:

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

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 03/08/23

PATIENT#					
Nombre:	NANCY ROMAN	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:	NANCY ROMAN	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATI	ON		
	Pacies	nte:		
		rma:		
	Fe	cha:		
	Fi	rma:		
	Fe	cha:		