

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA CABRERA

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARIA CABRERA	SSN:	XXX-XX9999		
Direction:	14475 SUSANA CT	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	12/22/1969		
Teléfono:	(909)968-4962	Edad:	53		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	06/07/2022	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN				
Nombre:	MOJABE, MOHAMMAD ROCKNY	Partes del cuerpo	:		
Direccion:					
Ciudad, Zip:	RANCHO CUCAMONGACA				
Teléfono:	(909)466-8888	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		
	a West-Star Physical Therapy para que pr	_	_		
	uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	erapy reciba el pago directo de los		
Scheneros de 1	ATTELLED OF THE HOUSENESS POR AND DAY FREEDOWN PRODUCES.				
		05/16/23			

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA CABRERA		SSN:	XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #	:				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL 1	ГКАВАЈО				
Durante un dí Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas Horas	3	En un dia no El ponerse en El inclinarse/o	cuclillas:	noras hace el o sig	guiente Horas
Caminar:	Hora		Arrodillamien			Horas
Manejar:	Hora	S	El alcanzar pa	ra arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcanzar ha	cia fuera:		Horas
Día	Horas		El torcer:			Horas
Normal/Turno: Semana:	Hora		Arrastre:			Horas
Sciiiaiia.	IIII		El subir de la			Horas
			El subir de la			Horas
			Usando una co Usando el telé	-		Horas
				erono:		Horas
			Empujando: Jalando:		Horas	
			Cargando cosas pesadas:			Horas
D						
_	jo se requiere que levante	e Constant	emente A	menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	•					{
26 lbs a 50 lbs:		}				{
51 lbs a 75 lbs:		}	\longrightarrow			{
76 lbs a 100 lbs	s:	}				{
más de 100 lbs	:					
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente A	menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:					
Movimiento re	petidor de pies :	\				
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:	la la computadora/dal coión da	tacto				{
	le la computadora/del cojín de nizado para la eficacia:		}			{
	simultánea y teléfono:	}				{
-	-					



Injury Informacion

PATIENT #	ŧ					
Nombre:	MARIA CABRERA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :					
T		0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
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	ior 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	n, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/16/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: MARIA CABRERA 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

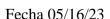
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARIA CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN 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 CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI XPLICADA MEDICO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES D QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y LS A MI ANTES DEL TRATAMIEN PARA OBTENIR AUTORIZACION	S MI UN TO. PARA
TRATAMIE	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	TORIZAC	ION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	MAS,
MEJORE. F		110 00111	univilizati çoz im conspicioni.	
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #				
Nombre:	MARIA CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD I	Pagina (1 de		
2)				

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.

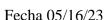
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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

	<u> </u>			
Nombre:	MARIA CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	e		
	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	da 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 d er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	on de la salud	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 05/16/23

PATIENT #				
Nombre:	MARIA CABRERA	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 #	ł .			
Nombre:	MARIA CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			