

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

	<u> </u>		
Nombre:	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097
Direccion:	3644 COMER AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507	FDN:	03/24/1970
Teléfono:	(951)425-8041	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/27/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	VAN DYKE, MICHELE	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA		
Teléfono:	(909)890-1888	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical Th	_
		05/02/23	
MARIA RO	SALES	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	MARIA ROSALES		SS	SN:	XXX-XX8	097	
INFORMA	CION DEL TRABA	₁ JO #					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	Horas	El	n un dia norma ponerse en cua inclinarse/que	clillas:	noras hace el o sig	Horas
Pararse: Caminar:		Horas Horas		rrodillamiento:			Horas
Manejar:		Horas	El	alcanzar para	arriba:		Horas
	as trabaja en un	110143	El	alcanzar hacia	fuera:		Horas
Día	as trabaja en un		El	torcer:			Horas
Normal/Turno	:	Horas	Aı	rrastre:			Horas
Semana:		Horas	El	subir de la esc	alones:		Horas
			El	subir de la esc	alera:		Horas
			Us	sando una com	putadora:		Horas
			Us	sando el teléfor	10:		Horas
			Er	mpujando:			Horas
			Ja	lando:			Horas
			Ca	argando cosas p	pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante	Constantemen	ite A m	enudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:				$ \longrightarrow $			
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:		(
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs		}		_		———	{ }
ilias de 100 los		l					
Mi trabajo i	ncluye		Constantemen	ite A m	enudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :	[·	
El agarrar de la		}					} []
Dirección de la Equilibrio:	precision:	}		_{}_	}		{
	le la computadora/del co	oiín de tacto :		_{}_			{
	nizado para la eficacia:	}		_{}_			{ }
	simultánea y teléfono :	}		\dashv			{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA ROSALES		SSN:	XXX-XX8097		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/02/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: MARIA ROSALES SSN: XXX-XX8097

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

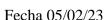
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE EMPRENDO ERTIFICADA EMEDICO I IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	III N O. ARA IR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha: Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #					
Nombre:	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097		
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	e			

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

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.

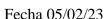
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal para	ı enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	para los servicios sobredich	os.

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 05/02/23

PATIENT#				
Nombre:	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097	

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:	MARIA ROSALES	SSN:	XXX-XX8097	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			