

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/30/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3661 MARI DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LAKE ELSINORECA92530	FDN:	08/15/1964
Teléfono:	(951)228-8171	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/15/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	MILLER, LAWRENCE ROSS	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1450 E 17TH ST STE 100		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92705		
Teléfono:	(714)565-1000	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 Personal	v Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pr	• •	
cuanto la aseg	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		*
		03/30/23	
LETICIA ES	SPINOZA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XXS	 9999 	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO	0			
Duranta un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	En un d	lia normal, Cuántas l	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		rse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas	El inclin	arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodill	amiento:		Horas
	Horas	El alcan	zar para arriba:		Horas
Manejar:			zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El torce		<u></u>	Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas		de la escalones:		Horas
			de la escalories. de la escalera:		Horas
					\rightarrow
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja			Horas
		Jalando:			Horas
		Cargand	lo cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:				
11 lbs a 25 lbs:					1
26 lbs a 50 lbs:					7
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs					
más de 100 lbs	:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:				
Movimiento re	petidor de pies :				
El agarrar de la	a energía:				1
Dirección de la	precisión:				1
Equilibrio:					1
	le la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono:				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	LETICIA ESPINOZA	1	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/30/23

PATIENT #

Nombre: LETICIA ESPINOZA 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

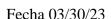
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDISENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA 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 GEDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD APLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUI OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y SIA MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	I L LRA R S,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PA	T	IE	N	T	#
----	---	----	---	---	---

Nombre:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XX9999
l			

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

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.

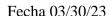
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<i>‡</i>			
Nombre:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información o su condición médica. De nuestra base de da ella sólo Occidental información relacionad	tos,
	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.



Fecha 03/30/23

PATIENT #					
Nombro :		CCN.			
Nombre:	LETICIA ESPINOZA	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:	LETICIA ESPINOZA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			