

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/26/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	10582 COLLETT APT 3	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92505	FDN:	03/08/1962
Teléfono:	(951)335-6527	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/19/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
INFORMAC  Nombre:	ROSARIO, MANUEL  1950 E 17TH STREET STE 200	Partes del cuerpo	:
Nombre:	ROSARIO, MANUEL	Partes del cuerpo	<u>.</u>
Direccion:	1950 E 17TH STREET STE 200		
Ciudad, Zip:	SANTA ANA,CA,92705		
Teléfono:	(714)495-4050	Dx:	
INFORMAC	TIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	ne proporcione la informacion pertinente a este accidente en West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
GLORIA OLEA	01/26/23  Fecha firmada



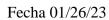
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 01/26/23

Nombre:	GLORIA OLEA		SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				

During: Hoa typical 8 hour day, How malthootusrs do you					
Sentarse:		Horas			
Pararse:		Horas			
Caminar:		Horas			
Manejar:		Horas			
Cuántas horas trabaja en un					
Día Normal/Turno:		Horas			
Semana:		Horas			
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o	siguiente			
El ponerse en cuclillas:		Horas			
El inclinarse/que dobla:		Horas			
Arrodillamiento:		Horas			
El alcanzar para arriba:		Horas			
El alcanzar hacia fuera:		Horas			
El torcer:		Horas			
Arrastre:		Horas			
El subir de la escalones:		Horas			
El subir de la escalera:		Horas			
Usando una computadora:		Horas			
Usando el teléfono:		Horas			
Empujando:		Horas			
Jalando:		Horas			
Cargando cosas pesadas:		Horas			
En mi trabajo se requiere que l	levante	Constantemente	A menudo	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:					







PATIENT #	‡					
Nombre:	GLORIA OLEA		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algu	ún otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ecidente de auto, pud	lo manejar el vehículo d	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión	1			
Si todavía e	sta reciviendo tratar	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Tolófono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/26/23

PATIENT #

Nombre: GLORIA OLEA SSN: XXX-XX-9999

### 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

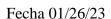




## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/26/23

PATIENT #			
Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DEVOLUNTALE PODRIA OF TRATAMIE TERAPISTARECOMENTO COMPRENI MI TRATALETAMIE	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 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 TORIZACION F	ESIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ETRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
EL	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	<b>D</b> 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 #

	'			
Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	de		
	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	para los servicios sobredicho	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 01/26/23

PATIENT #				
Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999	

### 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

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



Fecha 01/26/23

PATIENT #	!			
Nombre:	GLORIA OLEA	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			