

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/01/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

ELVA VALADEZ

#### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	ELVA VALADEZ	SSN:	XXX-XX-9999		
Direccion:	4420 ALMATERRA DRIVE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	PERRIS,CA,92571	FDN:	03/08/1962		
Teléfono:	(951)807-6886	Edad:	60		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	01/23/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	6405 DAY STREET				
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92507				
Teléfono:	(951)697-5611	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	ÓN 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	l v Asignacion de	Beneficios		
	a West-Star Physical Therapy para que pi	•			
cuanto la aseg	cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.				
		02/0	1/23		

Fecha firmada

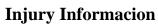


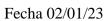
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 02/01/23

PACIENTE :	PACIENTE #								
Nombre:	ELVA VALADEZ		SSN:	XXX-XX-9999					
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES D	DEL TRABAJO							
Durante un d	ía típico de 8 horas	s, cuántas horas le hacer	1						
Sentarse:		Но							
Pararse:		Но	ras						
Caminar:		Но	ras						
Manejar:		Но	ras						
Cuántas hora	s trabaja en un								
Día Normal/	Γurno:	Но	ras						
Semana:		Но	ras						
En un dia nor	rmal, Cuántas hora	s hace el o siguiente							
El ponerse er	cuclillas:	Но	ras						
El inclinarse/	que dobla:	Но	ras						
Arrodillamie	nto:	Но	ras						
El alcanzar p	ara arriba:	Но	ras						
El alcanzar h	acia fuera:	Но	ras						
El torcer:		Но	ras						
Arrastre:		Но	ras						
El subir de la	escalones:	Но	ras						
El subir de la	escalera:	Но	ras						

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que 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:				
Mi trabajo incluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :				
El agarrar de la energía:				
Dirección de la precisión:				
Equilibrio:				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				







PATIENT 7	#					
Nombre:	ELVA VALADEZ		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	.?				
Si no fue a	un cuarto de emerger	icia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/01/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: ELVA VALADEZ 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



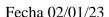


### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/01/23

PATIENT #			
Nombre :	ELVA VALADEZ	SSN:	XXX-XX-9999
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 NTO 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 NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FI CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION I	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO TENIENDO 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 FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
Ell	Firma: Fecha:		
	E:		

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #				
Nombre:	ELVA VALADEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	<b>D</b> Pagina (1 de		
3)				

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

#### 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.

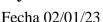
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





DA GETTENIGE 4

PATIENT #				
Nombre:	ELVA VALADEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
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 utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	nede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	d 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.



#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 02/01/23

PATIENT#					
Nombre:	ELVA VALADEZ	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



# **Privacy Practices Acknowledgement**

Fecha 02/01/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	ELVA VALADEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma: Fecha:			
	Firma: Fecha			