

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/24/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

PERLA ESCOBAR

### WESTSTAR SAN BERNARDINO

THORESTIES			
Nombre:	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635
Direccion:	530 S YUCCA AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIALTOCA92376	FDN:	04/01/1961
Teléfono:	(909)565-6512	Edad:	62
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/21/2019	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NASSOS, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	724 CORPORATE CENTER DRIVE		
Ciudad, Zip:	POMONACA91768		
Teléfono:	(909)622-6222	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		05/24/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE 7	#						
Nombre:	PERLA ESCOBAR		SSN:		XXX-XX	6635	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	acen	El pone	rse en cuclil	llas:	horas hace el o si	Horas
Pararse:	Horas			narse/que do amiento:	001a:		Horas
Caminar:	Horas			zar para arr	iha·		Horas
Manejar:	Horas			zar hacia fu			Horas
	s trabaja en un		El torce				Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	lo cosas pes	sadas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constante	emente	A men	udo	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:							<b>₹</b>
Mi trabajo in	cluye	Constante	emente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep	etidor de manos:						
Movimiento rep	•						
El agarrar de la							
Dirección de la p	precisión:						] []
Equilibrio: Uso del ratón de	e la computadora/del cojín de tacto:						{
	zado para la eficacia:	-					{
Computadora simultánea y teléfono :							{ <b> </b>



## **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	PERLA ESCOBAR		SSN:	XXX-XX6635				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron r	ayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta reciviendo tratamiento medico 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 05/24/23

PATIENT #

Nombre: PERLA ESCOBAR SSN: XXX-XX6635

### 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

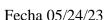
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
PODRIA O 1	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OBT	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMIE	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QUI	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A N	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
COMPRENI	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PARA	A OBTENIR AUTORIZACION PARA
MI TRATAN	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMPREN	DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION I	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	zDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	restigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





Nombre:	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635	

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.

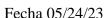
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635	
AVISO DE 3	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 que su condición médica. De nuestra base de datos rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi inform	ación de la salud	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.



Fecha 05/24/23

PATIENT #					
Nombre :	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635		

### **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:	PERLA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX6635			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_					
	Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					