

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:		SSN:	
Direccion:		Sexo:	
Ciudad, Zip:		FDN:	
Teléfono:		Edad:	
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACION	DEL PACIENTE #		
Fecha::		Post-cirugia :	
Tipo:		FDC:	
DOCTOR QUE I INFORMACIÓN	REFIRIO AL PACIENTE		
Nombre :		Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:		Dx:	
INFORMACIÓN	DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACIÓN	DE EMPLEO:		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACIÓN	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 par	ra Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de l	Beneficios
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en 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. 03/16/23			

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #					
Nombre:		SSN:			
INFORMACION DEL TRABAJO)#				
Cargo:					
Descripción de las funciones:					
DETALLES ADICIONALES DEI	TRABAJO				
Durante un día típico de 8 horas, cuánta Sentarse:	ras	En un dia normal	illas:	hace el o sigu	iente Horas Horas
	oras	El inclinarse/que d Arrodillamiento:	lobia:		Horas
	oras oras	El alcanzar para ar	riba:		Horas
	ras	El alcanzar hacia f	_		Horas
Cuántas horas trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	ras	Arrastre:			Horas
Semana:	oras	El subir de la escal	lones:		Horas
		El subir de la escal	lera:		Horas
		Usando una compu	ıtadora:		Horas
		Usando el teléfono):		Horas
		Empujando:			Horas
		Jalando:			Horas
		Cargando cosas pesadas:			Horas
En mi trabajo se requiere que leva	nte Constante	emente A mer	nudo	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:		}			
mas de 100 lbs.					
Mi trabajo incluye	Constante	emente A mer	nudo	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 :		\longrightarrow		
Trabajo sincronizado para la eficacia :	}				
Computadora simultánea y teléfono :					



Injury Informacion

PATIENT #					
Nombre:		SSN:			
INFORMACIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brevemente su accidente: :					
				Yes	No
Estuvo en la Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a un cuarto de emergen	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron rayos x?					
Si fue un accidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?					
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión					
Si todavía esta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesión, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:					
Direccion:					
Ciudad, Zip:					
Teléfono					



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/16/23

PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
INFORMAC	IÓN DEL DOLOR #		

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

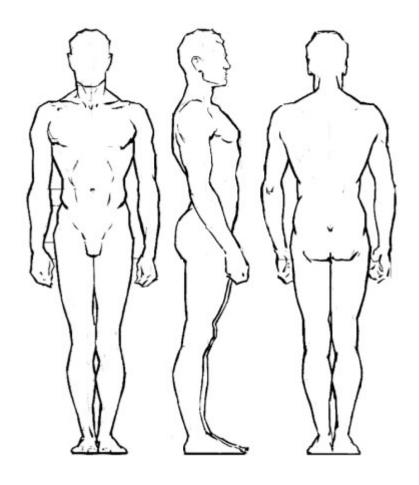
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro

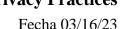




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #		
Nombre:	SSN:	
FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDITRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COTERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIRECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXCOMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUCOMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O MEJORE. FZDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENS TTORIZACION F	SIOTERAPIA. 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 FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:		
Firma:Frecha:Fecha:		

Notice of Privacy Practices





PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
AVISO DE PI	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le	
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.

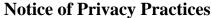
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información de fechas de servicio, servicios proveidos y la condición médica tratada.

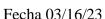
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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 #		
Nombre :	SSN:	
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVAC	IDAD Paga (2 de	
Los Recordatorios de la cita: Su inform recordatorios de cita.	ación de la salud será utilizada	por nuestro personal para enviarle
usted puede encontrar interesante en el	tratamiento y la gestión de su c	ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de datos, a sólo Occidental información relacionada
Por Favor no utiliza	a mi información de la salud pa	ara 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 03/16/23

PATIENT #			
Nombre:		SSN:	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Page (3 of 2	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



Notice of Privacy Practices

PATIENT #		
Nombre:	SSN:	_
PRIVACY ACKNOWLEDGMENT INFORMATION		
Paciente : Firma:		
Fecha:		
Firma:_ Fecha:		