

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/05/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000
Direccion:	524N 3RD STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BANNINGCA92220	FDN:	07/24/1990
Teléfono:	(909)765-6189	Edad:	32
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/01/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	MOJABE, MOHAMMAD ROCKNY	Partes del cuerp	0:
Direction:			
Ciudad, Zip:	RANCHO CUCAMONGACA		
Teléfono:	(909)466-8888	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	e Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_
		05/05/23	
ZAIDA CEI	RVANTES	Fecha fir	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	ZAIDA CERVANTES		SSN:	XX	X-XX7000	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #	:				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL T	ГКАВАЈО				
	a típico de 8 horas, cuántas			ia normal, Cua	ántas horas hace el o	siguiente Horas
Sentarse:				arse/que dobla:		Horas
Pararse:	Hora		Arrodilla	^		Horas
Caminar: Manejar:	Hora			zar para arriba:		Horas
		5		zar hacia fuera:		Horas
	as trabaja en un		El torcer	•		Horas
Día Normal/Turno:	Horas	5	Arrastre:			Horas
Semana:	Hora	S	El subir	de la escalones	:	Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando ı	una computado	ra:	Horas
			Usando e	el teléfono:		Horas
			Empujan	ndo:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas	s:	Horas
En mi trabaj	o se requiere que levant	e Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:				}		\dashv
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs						_
111d3 dC 100 103	•					
Mi trabajo i		Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :		[
El agarrar de la Dirección de la						_{ }
Equilibrio:	precision.	}			}	_ }
	le la computadora/del cojín de	tacto:				\dashv
	nizado para la eficacia :	}	{	}		
Computadora s	imultánea y teléfono :					\exists



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ZAIDA CERVANTE	5	SSN:	XXX-XX7000		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	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 recivieno	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 05/05/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: ZAIDA CERVANTES SSN: XXX-XX7000

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

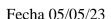
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION 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 OFZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA I MEDICO HEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES O QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECEION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	S MI UN TO. PARA SIBIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			_





PATIENT #			
Nombre:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000

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.

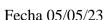
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	!			_
Nombre:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utilizad	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	nto y la gestión de su	de ser utilizada para enviarle información que u condición médica. De nuestra base de datos, lla sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi infor	mación de la salud	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 05/05/23

PATIENT #				
Nombre:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000	

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:	ZAIDA CERVANTES	SSN:	XXX-XX7000	
DDIVACW A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
PRIVACYA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			