

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

LEONARDO DURON

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	24917 VINE STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92410	FDN:	11/11/1998
Teléfono:	(909)893-0332	Edad:	24
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/17/2023	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:	RIVERSIDECA92507		
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	ON 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	y Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pr		
	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	erapy reciba el pago directo de los
		05/00/22	
		05/09/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	LEONARDO DURON		SSN:	X	XX-XX99	99	
INFORMA	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAI	BAJO					
	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen				oras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas			rse en cuclilla narse/que dob			Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob. lamiento:	ia:		Horas
Caminar:	Horas						Horas
Manejar:	Horas			nzar para arrib nzar hacia fuer			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		a.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalon	Ac.		Horas
				de la escalera			Horas
				una computad			Horas
				el teléfono:	dora.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
				do cosas pesac	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant		A menud		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		}			$\longrightarrow$		{
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menud	do (	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la Equilibrio:	precision:	<u></u>			}		<b> </b>
	le la computadora/del cojín de tacto				}		{
	nizado para la eficacia:				$\longrightarrow$		<b>┤</b>
	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		$\longrightarrow$		{



## **Injury Informacion**

PATIENT #	!					
Nombre:	LEONARDO DURO	N	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estava en la	Cala da Emanagana	.0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/09/23

PATIENT #

Nombre: LEONARDO DURON SSN: XXX-XX9999

#### 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

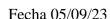
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999
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 CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EDQ	MIENTO DE FI CO Y QUE OBT MPRENDO QU ERTIFICADO Y YPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION N	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:			
EIT	Firma: Fecha:		
	T:		





Nombre:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999	

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.

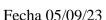
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sos 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 su condición médica. De nuestra base de da rella sólo Occidental información relacionad	itos,
	Por Favor no utiliza mi informa	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 05/09/23

PATIENT #					
Nombre:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999		

### 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:	LEONARDO DURON	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	TOTAL OF THE STATE			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			