

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/23/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

MIGUEL MURO

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	MIGUEL MURO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1798 PORTER ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92407	FDN:	04/22/1958
Teléfono:	(909)261-5607	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(909)261-5607		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/13/2022	Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	WILKER, MOSHE H	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11980 SAN VICENTE BLVD STE 114	Ī	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90049		
Teléfono:	(310)337-7463	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 Person	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		03/23/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#							
Nombre:	MIGUEL MURO			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	JO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES D	EL TRABAJO						
Durante un dí	a típico de 8 horas, cu	ántas horas le hac	en				oras hace el o si	guiente
Sentarse:		Horas		El poner	se en cucli	illas:		Horas
Pararse:		Horas		El inclin	arse/que d	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcan	zar para ar	riba:		Horas
	as trabaja en un			El alcan	zar hacia f	uera:		Horas
	as trabaja eli uli			El torcer	•			Horas
Día Normal/Turno:	:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
					de la escal			Horas
					una compi			Horas
					el teléfono			Horas
						1.		$\rightarrow$
				Empujar				Horas
				Jalando:				Horas
				Cargand	o cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante	Constante	mente	A mei	nudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:							
11 lbs a 25 lbs:				$\overline{}$		$\longrightarrow$		$\langle \cdot \rangle$
26 lbs a 50 lbs:						}		
51 lbs a 75 lbs:				$\overline{}$				
76 lbs a 100 lbs	s:			$\overline{}$				
más de 100 lbs	:							
Mi trabajo i	ncluye		Constante	mente	A mei	nudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:							
Movimiento re	petidor de pies :						-	
El agarrar de la								
Dirección de la	precisión:							
Equilibrio:								
	le la computadora/del co	jín de tacto :						
	nizado para la eficacia:							
Computadora s	simultánea y teléfono:						·	



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	MIGUEL MURO		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevei	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión, favor llenar lo siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/23/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: MIGUEL MURO 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

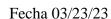
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MIGUEL MURO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	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		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		110 00/110/1111	izint god wii combietom neronz
WILSORL. 12			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





PATIENT #					
Nombre:	MIGUEL MURO	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD F	Pagina (1 de			

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.

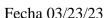
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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

Nombre:	MIGUEL MURO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 03/23/23

PATIENT #					
Nombre:	MIGUEL MURO	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 #	PATIENT #					
Nombre:	MIGUEL MURO	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					