

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/23/23

INFORMACION DEL PACIENTE

CARMEN BRACAMONTES

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000	
Direccion:	222 S RANCHO AVE APT 21	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92410	FDN:	02/26/1958	
Teléfono:	(909)838-5818	Edad:	65	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	05/09/2023	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:		
Direction:		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	
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. 05/23/23				
		55,20,20		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	CARMEN BRACAMO	ONTES	SSN:	xxx	(-XX2000	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	O #				
Cargo:						
_	(
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DE	CL TRABAJO				
Durante un día	a típico de 8 horas, cuán	itas horas le hacen	•		intas horas hace el o	
Sentarse:	Н	loras		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	H	Ioras	El inclin	arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Н	Ioras	Arrodilla	amiento:		Horas
Manejar:	H	Ioras	El alcana	zar para arriba:		Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcana	zar hacia fuera:		Horas
Día			El torcer	•		Horas
Normal/Turno:	H	loras	Arrastre			Horas
Semana:	H	Ioras	El subir	de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computador	ra:	Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empujar	ido:		Horas
			Jalando:			Horas
				o cosas pesadas		Horas
T				_		
-	o se requiere que lev	ante C	onstantemente	A menudo	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		_				\rightarrow
más de 100 lbs:		_				
Mi trabajo in	ncluye	C	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:					
Movimiento rep	petidor de pies :			———		
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	e la computadora/del cojí	n de tacto :				
	iizado para la eficacia:	_				
Computadora si	imultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	CARMEN BRACAM	ONTES	SSN:	XXX-XX2000			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	.?					
Si no fue a un	cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron ra	nyos x?						
Si fue un acci	dente 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 sig	uiente?					
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/23/23

PATIENT #

Nombre: CARMEN BRACAMONTES SSN: XXX-XX2000

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

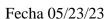
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPRENI MI TRATAL TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE FI ICO Y QUE OBT IMPRENDO QU ERTIFICADO Y XPLICADAS A I I MEDICO PARA IEN COMPREN ITORIZACION I	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:			
El	Firma: Fecha:		





PΔ	Т	TEN	Т	#
1 4	. ж	THE PARTY		TT

Nombre:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000

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.

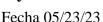
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000	
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 utiliz	ada por nuestro personal para enviar	le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informació encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información q er de interés a usted**	y la gestión de	su condición médica. De nuestra bas	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salu	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 05/23/23

PATIENT #					
Nombre:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000		

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:	CARMEN BRACAMONTES	SSN:	XXX-XX2000			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	_					
	Firma:_ Fecha:					