

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/28/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

JUAN VASQUEZ

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1353 W 2ND STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92410	FDN:	03/19/1953
Teléfono:	(909)688-0100	Edad:	70
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/28/2013	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad, Zip:	POWAYCA92064		
Teléfono:	(858)451-2280	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West		
beneficios de 1	mi aseguranza por los servicios prestados.		
		03/28/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE ?	#					
Nombre:	JUAN VASQUEZ		SSN:	XXX-XX99	999	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	0				)
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	icen	En un dia no	rmal, Cuántas h	oras hace el o sig	uiente
Sentarse:	Horas		El ponerse en	cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		El inclinarse/	que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodillamier	nto:		Horas
Manejar:	Horas		El alcanzar pa	ara arriba:		Horas
Cuántas hora	s trabaja en un		El alcanzar ha	acia fuera:		Horas
Día			El torcer:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas		El subir de la	escalones:		Horas
			El subir de la	escalera:		Horas
			Usando una c	omputadora:		Horas
			Usando el tele	éfono:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cos	as pesadas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constante	emente A	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:			}			
más de 100 lbs:		<u></u>				}
Mi trabajo in	cluve	Constante	emente /	A menudo	A veces	Nunca
	etidor de manos:					
Movimiento rep				}		
El agarrar de la	energía:		$\longrightarrow \vdash$	}		
Dirección de la 1	precisión:					
Equilibrio:						
	la computadora/del cojín de tacto:					
	zado para la eficacia :					
Computadora sin	multánea y teléfono:		) [	] [		



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JUAN VASQUEZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMACI	IÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brever	nente 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 cen	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	aiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



### INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/28/23

PATIENT #

Nombre:	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
11022201	JUAN VASQUEZ	2211	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\

#### 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

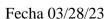
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y COACION de EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	AMIENTO DI ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICAD XPLICADA I MEDICO I BIEN COMP UTORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE FISIOTERAPIA ES MONTENENDO FISIOTERAPIA ES MONTENENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION YUSA MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PURENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: _ Fecha: _			- - - -





PATIENT #					
Nombre:	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999		

#### 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.

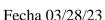
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informació su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacion	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 03/28/23

PATIENT #				
Nombre:	JUAN VASQUEZ	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 :	JUAN VASQUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			