

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	5161 KINGMAN AVE APT A	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BUENA PARKCA90621	FDN:	01/24/1995
Teléfono:	(714)735-6977	Edad:	28
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/29/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ROSARIO, MANUEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1950 E 17TH STREET STE 200		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92705		
Teléfono:	(714)495-4050	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		05/16/23	
ANAELIZA	ALVAREZ CABRERA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 05/16/23

PACIENTE	#						
Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABREF	RA	SSN:	X	(XX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas 1	e hacen		dia normal, C		oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas		El incli	narse/que dob	ola:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodil	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcar	ızar para arrib	oa:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcar	nzar hacia fue	ra:		Horas
Día	Howas		El torce	er:			Horas
Normal/Turno:			Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalon			Horas
				de la escaler			Horas
				una computa	dora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menuo	do	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		{
						Α.	
Mi trabajo in		Constant	emente	A menuo	00	A veces	Nunca
	petidor de manos: petidor de pies :				}		{
El agarrar de la					{ }		{
Dirección de la precisión:					{ }		$\langle \cdot \rangle$
Equilibrio:					}		{
Uso del ratón d	le la computadora/del cojín de tacto :		$\overline{}$		\longrightarrow		1
	nizado para la eficacia :				$ \longrightarrow $		
Computadora s	imultánea y teléfono:						



Injury Informacion

Fecha 05/16/23

PATIENT #						
Nombre:	ANAELIZA ALVARE	Z CABRERA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/16/23

PATIENT #

Nombre:

ANAELIZA ALVAREZ CABRERA 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

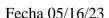
Fecha 05/16/23

PATIENT #	#			
Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA D	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMI TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMI	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CO NDACION de EL TERAPEUTA SERAN EN NDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI AMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU NDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA CO	MIENTO I ICO Y QUI IMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM UTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	
SI MENOR				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			

Testigo(a):

Nombre de la Persona tomando los datos:

Firma:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	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.

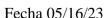
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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

Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sa os de cita.	lud será utiliza	la por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información e encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	a condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informac	ión de la salud	para los servicios sobredich	108.

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 05/16/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	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



Fecha 05/16/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	ANAELIZA ALVAREZ CABRERA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			