

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/13/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARTIN RODRIGUEZ

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099
Direccion:	41035 MAYBERRY AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	HEMETCA92544	FDN:	07/03/1955
Teléfono:	(951)445-0171	Edad:	67
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/13/2020	Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NASSOS, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	724 CORPORATE CENTER DRIVE	Ī	
Ciudad, Zip:	POMONACA91768		
Teléfono:	(909)622-6222	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	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	_
		03/13/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C#					
Nombre:	MARTIN RODRIGU	EZ	SSN:	XXX-	-XX3099	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	(O#				
Cargo:						
Descripción d	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	EL TRABAJO				
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuár	atas haras la hacan	En un d	ia normal. Cuán	ntas horas hace el o si	iguiente
Sentarse:		Horas Horas		se en cuclillas:		Horas
Pararse:		Horas	El inclin	arse/que dobla:		Horas
Caminar:		Horas	Arrodilla	amiento:		Horas
		Horas	El alcan	zar para arriba:		Horas
Manejar:		10148		zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El torce			Horas
Día Normal/Turno	: H	Horas	Arrastre			Horas
Semana:		Horas		de la escalones:		Horas
				de la escalera:		Horas
						\rightarrow
				una computadora:	:	Horas
				el teléfono:		Horas
			Empujar			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que lev	ante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	3:					
11 lbs a 25 lbs	:	}			-	\exists
26 lbs a 50 lbs	:	}				7
51 lbs a 75 lbs	:					7
76 lbs a 100 lb	s:					
más de 100 lbs	3:					
Mi trabajo i	ncluye		Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:					
Movimiento re	epetidor de pies :	}			7	7
El agarrar de la	a energía:	}		<u> </u>	7	7
Dirección de la	a precisión:					7
Equilibrio:					7	1
	de la computadora/del cojí	n de tacto :				
	nizado para la eficacia:					
Computadora	simultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARTIN RODRIGU	EZ	SSN:	XXX-XX3099		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico 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 03/13/23

PATIENT #

Nombre: MARTIN RODRIGUEZ SSN: XXX-XX3099

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

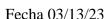
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099	
FORMA DI	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 MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EXIDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	MIENTO I ICO Y QUE IMPRENDO ERTIFICAI XPLICADA I MEDICO SIEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y LA AMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #					
Nombre:	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099		

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.

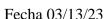
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





DATERIT #

FAIIENI #	•			
Nombre :	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para en	nviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı 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 03/13/23

PATIENT #					
Nombre:	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099		

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:	MARTIN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX3099	
DDIVACW A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
PRIVACYA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			