

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	YOLANDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	14018 BLUE RIBBON LANE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	EASTVALECA92880	FDN:	05/28/1962
Teléfono:	(626)483-3388	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/10/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad, Zip:	POWAYCA92064		
Teléfono:	(858)451-2280	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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	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.	_	_
		03/02/23	
YOLANDA	MARQUEZ	Fecha firm	ada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#						
Nombre:	YOLANDA MARQUEZ		SSN:		XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arri	iba:		Horas Horas
Cuántas hora Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un  Horas  Horas  o se requiere que levante	Constant	El alcan El torce Arrastre El subir El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	zar hacia fuer:  de la escalo de la escale una comput el teléfono: ndo:	era: ones: cra: cadora: adas:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	ncluye  petidor de manos:  petidor de pies :  energía:	Constant	emente	A menu	ado	A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	YOLANDA MARQU	EZ	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 un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o 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 03/02/23

PATIENT #

Nombre: YOLANDA MARQUEZ 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

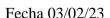




## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>		
Nombre:	YOLANDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
TORNIA DI	E RENOITCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY D	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIF	FICO QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTA	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO D	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE	OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMII	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO	QUE SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPIST.	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICAD	O Y QUE LA EVALUACION Y
RECOMEN	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	<b>KPLICADAS</b>	S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
COMPREN	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO P	PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
		NO GUARA	ANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F	FzDQ		
SI MENOR			
121	Nambra da Dadra O Cuardian dal Daciantos		
EI	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	_		
	Fecha:		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		

#### **Notice of Privacy Practices**





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	YOLANDA MARQUEZ	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.

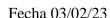
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #	#		
Nombre:	YOLANDA MARQUEZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
3)			
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	n 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.



DA GETTENIGE 4

### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 03/02/23

PATIENT#					
Nombre:	YOLANDA MARQUEZ	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



# **Notice of Privacy Practices**

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