

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/21/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	ARGELIA VALLE	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	426 1/2 BORADWAY	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92701	FDN:	11/17/1979
Teléfono:	(714)357-0860	Edad:	43
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/06/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE TIÓN		
Nombre:	MILLER, LAWRENCE ROSS	Partes del cuerpo	0:
Direccion:	1450 E 17TH ST STE 100		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92705		
Teléfono:	(714)565-1000	Dx:	
INFORMAC	TIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la infe est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		07/21/23	
ARGELIA '	VALLE	Fecha firr	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre: ARGELIA VALLE SSN: XXX-XX9999	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas	
Pararse: El inclinarse/que dobla: Horas Cominary Arrodillamiento: Horas	
Cammar.	
Fl alcanzar hacia fuera:	
Cuántas horas trabaja en un	
Día Normal/Turno: Horas Arrastre: Horas	
Semana: El subir de la escalones: Horas	
El subir de la escalera: Horas	
Usando una computadora: Horas	
Usando el teléfono: Horas	
Empujando: Horas	
Jalando: Horas	
Cargando cosas pesadas: Horas	
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nu	nca
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:	
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nu	nca
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio: Uso del retén de la compute de re/del ceién de tecte :	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	
Computadora simultánea y teléfono :	



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	ARGELIA VALLE		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro 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 anterio	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 sigu	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/21/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: ARGELIA VALLE 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

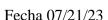
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ARGELIA VALLE	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO 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		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		NO GUARANI	TIZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MILJOKE. 172	EDQ		
SI MENOR:			
SI WENUK:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma		





PATIENT #							
Nombre:	ARGELIA VALLE	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D Pagina (1 de					
2)							

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.

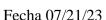
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ARGELIA VALLE	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información qu su condición médica. De nuestra base de dato rella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación 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 07/21/23

PATIENT #					
Nombre :	ARGELIA VALLE	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:	ARGELIA VALLE	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMA	TION		
	D	• ,		
	Pa	ciente : Firma:		
		Fecha:		
		Firma:		
		Fecha:		