

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/07/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	JUAN CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	270 W SOUTH ST APT	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	RIALTO,CA,92376	FDN:	09/21/1965
Teléfono:	(909)656-9008	Edad:	57
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/02/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerp	0:
Direccion:	295 E CAROLINE ST		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINO,CA,92408		
Teléfono:	(909)824-2361	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	IÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direccion:		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	on para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	o a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que Wo mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	Cormacion pertinente a este accidente en
			02/07/23
JUAN CAR	LOS GARCIA		Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#				
Nombre:	JUAN CARLOS GARCIA	SSN:	xxx	(-XX-9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#				
C					
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO	)			
Duranta un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	oon En ur	dia normal. Cuá	intas horas hace el o s	siguiente
Sentarse:	Horas	0 0 1 1 1 1 1	nerse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		linarse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrod	illamiento:		Horas
	Horas		anzar para arriba:		Horas
Manejar:			anzar hacia fuera:	<b>———</b>	Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El toro		<u></u>	Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrast			Horas
Semana:	Horas		oir de la escalones:		Horas
			oir de la escalera:		Horas
					Horas
			lo una computadora lo el teléfono:	a:	$\rightarrow$
					Horas
		Empu			Horas
		Jaland			Horas
		Carga	ndo cosas pesadas:	:	Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:				
11 lbs a 25 lbs:			j (		
26 lbs a 50 lbs:					
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs			] [		_] []
más de 100 lbs:	:				
Mi trabajo in	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:		) [		
Movimiento rep	petidor de pies :			$\rightarrow$	7
El agarrar de la			ĺ		
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	le la computadora/del cojín de tacto :		}		
	nizado para la eficacia : imultánea y teléfono :		{ }	_ }	_{ }
Computationa 8	minumanca y wiciono.	I	1 1	1 1	



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JUAN CARLOS GA	RCIA	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	n cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	eidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/07/23

PATIENT #

Nombre: JUAN CARLOS GARCIA SSN: XXX-XX-9999

#### 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

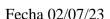
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	JUAN CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TD.	4 m	TIT	TATE	r 4
P /	A I		. 1 🖜	

Nombre:	JUAN CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999

### 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.

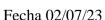
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	nede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi informació	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.



Fecha 02/07/23

PA	T	IE	N	T	#
----	---	----	---	---	---

Nombre:	JUAN CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999

#### **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

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 CARLOS GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999				
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:						
	Fecha:						
	Firma:						
	Facha:						