

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre :	GLORIA BELTRAN	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	1441 4TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	NORCO,CA,92860	FDN:	12/01/1972
Teléfono:	(562)480-1507	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(562)480-1507		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/06/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BEARIE, BRIAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1295 HAMMER AVE STE C		
Ciudad, Zip:	NORCO,CA,92860		
Teléfono:	(951)272-6500	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	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 Persoi	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical Th	_
		02	2/09/23
GLORIA BI	ELTRAN		echa firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	GLORIA BELTRAN		SSN:	XXX-X	XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	CL TRABAJO				
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuán	atas horas le hacen			tas horas hace el o si	iguiente
Sentarse:	H	Ioras		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	H	Ioras		arse/que dobla:		Horas
Caminar:	H	Ioras	Arrodilla			Horas
Manejar:	H	Ioras		zar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fuera:		Horas
Día	Н	[oras	El torcer	•		Horas
Normal/Turno:			Arrastre			Horas
Semana:		Ioras		de la escalones:		Horas
				de la escalera:		Horas
				una computadora:		Horas
				el teléfono:		Horas
			Empujar			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	ante Con	nstantemente	A menudo	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					}	<b>}</b>
ilias de 100 los						
Mi trabajo in	ncluye	Cor	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la					] [	
Dirección de la Equilibrio:	precision:				<b>}</b>	_{ }
	le la computadora/del cojí	n de tacto :				
	nizado para la eficacia:				<b>}</b>	-{ }
	simultánea y teléfono :				}	<b></b>



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	GLORIA BELTRAN		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la Sala de Emergencia?						
Si no fue a un cuarto de emergencia, se presento en algún otro tipo de centro médico?						
Se tomaron rayos 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 est	ta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/09/23

PATIENT #

Nombre: GLORIA BELTRAN 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

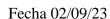
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	GLORIA BELTRAN	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 MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA CO	AMIENTO I ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICAI XPLICADA I MEDICO BIEN COMF JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	A
SI MENOR				
El	Firma:Fecha:			





Nombre:	GLORIA BELTRAN	SSN:	XXX-XX-9999	
---------	----------------	------	-------------	--

#### AVISO DE PRACTICAS 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.

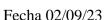
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	GLORIA BELTRAN	SSN:	XXX-XX-9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	orios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros taml	ón sobre Tratamientos: Su información de la encontrar interesante en el tratamiento y la goién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud 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 02/09/23

PATIENT #			
Nombre:	GLORIA BELTRAN	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 #	ŧ			
Nombre:	GLORIA BELTRAN	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACI	ACKNOWLEDGINENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			