

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/29/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JOSEFINA VALENCIA

WESTSTAR SAN BERNARDINO

11101211121			
Nombre:	JOSEFINA VALENCIA	SSN:	XXX-XX2152
Direccion:	348 NORTH MACY STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92410	FDN:	03/19/1971
Teléfono:	(909)544-8259	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(909)632-9514		
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/07/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408		
Teléfono:	(323)435-4523	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	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	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.		
		03/29/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #								
Nombre:	JOSEFINA VALENCIA	SSN	*	XXX-XX218	52			
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de	Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)						
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha				ras hace el o sig			
Sentarse:	Horas		onerse en cucli	(Horas		
Pararse:	Horas		clinarse/que do	obla:		⊣		
Caminar:	Horas		dillamiento:	.1		Horas		
Manejar:	Horas		canzar para arr	,		Horas		
Cuántas hor	as trabaja en un		canzar hacia fu	iera:		Horas		
Día Normal/Turno:	Horas		rcer:	ļ		Horas		
Semana:	Horas	Arra	stre: ibir de la escalo			Horas		
			ibir de la escalo			Horas		
				ļ		Horas		
			ndo una compu ndo el teléfono:	ļ		Horas		
			ujando:	, 		Horas		
		_	-	l		Horas		
			Jalando: Cargando cosas pesadas:			Horas		
		Carg		(
_	o se requiere que levante	Constantemente	A men	udo	A veces	Nunca		
10 lbs o menos								
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:		<u></u>		}		 		
51 lbs a 75 lbs:				}		{		
76 lbs a 100 lbs				\longrightarrow		{		
más de 100 lbs:	:	}						
Mi trabajo ii		Constantemente	A men	ıudo	A veces	Nunca		
Movimiento repetidor de manos:								
Movimiento repetidor de pies :			_] [] []		
El agarrar de la energía:			_			} [
Dirección de la precisión: Equilibrio:				}_		{		
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				}		{ }		
Trabajo sincronizado para la eficacia:						{		
Computadora simultánea y teléfono :			\exists	\longrightarrow		\		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSEFINA VALENC	CIA	SSN:	XXX-XX2152		
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	Se tomaron rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del 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 03/29/23

PATIENT #

Nombre: JOSEFINA VALENCIA SSN: XXX-XX2152

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

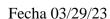
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JOSEFINA VALENCIA	SSN:	XXX-XX2152
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAE PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENE MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN 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 CH 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 EDQ	MIENTO DE FI CO Y QUE OB' MPRENDO QUE ERTIFICADO Y APLICADAS A MEDICO PAR IEN COMPREN TORIZACION	ISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO FENIENDO FISIOTERAPIA ES MI ES ERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARANDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:	Nambra da Padra O Cuardian dal Pacianta		
ELL	Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion:		
	Firma:		
	Fecna:		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Trofficie de la l'elsofia toffiando los datos.		





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.

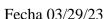
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSEFINA VALENCIA	SSN:	XXX-XX2152	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información qu su condición médica. De nuestra base de dato rella sólo Occidental información relacionada	s,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	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 03/29/23

PATIENT#					
Nombre:	JOSEFINA VALENCIA	SSN:	XXX-XX2152		

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:	JOSEFINA VALENCIA	SSN:	XXX-XX2152			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_					
	Fecha:_					
	Firma:					
	Fecha:					