

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/23/23

INFORMACION DEL PACIENTE

GRISELA HERRERA

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	GRISELA HERRERA	SSN:	XXX-XX9999			
Direccion:	1083 CIRCLE CITY DRIVE	Sexo:	F			
Ciudad, Zip:	CORONACA92879	FDN:	11/04/1982			
Teléfono:	(909)561-3753	Edad:	40			
Telé trabajo :		Email:				
Telé celular:						
INFORMACION DEL PACIENTE #						
Fecha::	02/09/2023	Post-cirugia :				
Tipo:	WC	FDC:				
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN					
Nombre:	BEARIE, BRIAN	Partes del cuerpo	:			
Direccion:	1295 HAMMER AVE STE C					
Ciudad, Zip:	NORCOCA92860					
Teléfono:	(951)272-6500	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	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 Personal	y Asignacion de	Beneficios			
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 03/23/23						

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	GRISELA HERRERA		SSN:	x	(XX-XX99	999		
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de	las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	BAJO						
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas	s le hacen	El pone	lia normal, C rse en cuclilla narse/que dobl	is:	oras hace el o si	guiente Horas Horas	
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arrib	a:		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 r: : de la escalora de la escalera una computac el teléfono: ndo:	es: a: dora:	A veces	Horas Nunca	
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:								
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menud		A veces	Nunca	



Injury Informacion

PATIENT #									
Nombre:	GRISELA HERRER	A	SSN:	XXX-XX9999					
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O 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 ra	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 de	l cuerpo?						
Esta reciviene	Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la							
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?							
Nombre:									
Direccion:									
Ciudad, Zip:									
Teléfono									



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/23/23

PATIENT #

Nombre: GRISELA HERRERA 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

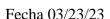
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	GRISELA HERRERA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES DO QUE SERE EVALUADO(A) POR VOO Y QUE LA EVALUACION Y LA AMIENTA AMIENTA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECTION FIRMADA MI MEDICO. ADEN	MI UN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			_





PATIENT #					
Nombre:	GRISELA HERRERA	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.

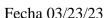
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





DA GETTENIGE 4

PATIENT #	+			
Nombre:	GRISELA HERRERA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	e		
Los Record	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	ada por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de e encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salu	d para los servicios sobredichos	S.

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 03/23/23

PATIENT#					
Nombre:	GRISELA HERRERA	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 #	<u> </u>			
Nombre:	GRISELA HERRERA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha			