

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/26/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	MARGARITA CALVILLO	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	3663 BUCHANAN STREET SPC	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92503	FDN:	04/03/1959
Teléfono:	(951)818-8822	Edad:	63
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/23/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
Nombre :	D'ARC, BRENT  4444 MAGNOLIA AVE	Partes del cuerpo	:
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE		
Direccion:	4444 MAGNOLIA AVE		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92501		
Teléfono:	(951)274-3424	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono :			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en l'est-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	01/26/23
MARGARITA CALVILLO	Fecha firmada



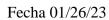
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 01/26/23

Nombre:	MARGARITA CAL	VILLO	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO #			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				

During: Hoa typical 8 hour day, How malthootusrs do you						
Sentarse:		Horas				
Pararse:		Horas				
Caminar:		Horas				
Manejar:		Horas				
Cuántas horas trabaja en un						
Día Normal/Turno:		Horas				
Semana:		Horas				
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o	siguiente				
El ponerse en cuclillas:		Horas				
El inclinarse/que dobla:		Horas				
Arrodillamiento:		Horas				
El alcanzar para arriba:		Horas				
El alcanzar hacia fuera:		Horas				
El torcer:		Horas				
Arrastre:		Horas				
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 l	levante	Constantemente	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:						







PATIENT #	#					
Nombre:	MARGARITA CAL	VILLO	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?			Tes	
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	ín otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, puc	lo manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento me	dico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratar	miento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Tolófono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/26/23

PATIENT #

Nombre: MARGARITA CALVILLO 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

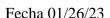




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/26/23

PATIENT #	:			
Nombre:	MARGARITA CALVILLO	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DE	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 CEDACION 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 O CEDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI XPLICADA MEDICO IEN COME	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE 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 PAI PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIE CION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA R
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





TD	A	7		TIT	П	44
	A		III.			++

Nombre:	MARGARITA CALVILLO	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.

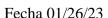
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	!			
Nombre:	MARGARITA CALVILLO	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	<u>.</u>		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nuestra base o	de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	l 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 01/26/23

PATIENT #					
MARGARITA CALVILLO	SSN:	XXX-XX-9999			
	MARGARITA CALVILLO	MARGARITA CALVILLO SSN:			

#### **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



Fecha 01/26/23

PATIENT #	ATIENT#							
Nombre:	MARGARITA CALVILLO	SSN:	XXX-XX-9999					
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION							
	Paciente :							
	Firma:_ Fecha:_							
	Firma:_ Fecha:							