

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/06/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2602 PLEASANT COLONEY ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	PERRISCA92571	FDN:	09/26/1966
Teléfono:	(951)623-6355	Edad:	56
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)623-6355		
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/02/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerp	0 :
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)697-5611	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	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Perso	nal y Asignacion de	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	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	ormacion pertinente a este accidente en
		07/06/23	
MARIA CA	RMEN SOLORIO	Fecha fir	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C.#						
Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	10					
Durante un dí Sentarse:	ía típico de 8 horas, cuántas horas le h	nacen		lia normal, rse en cuclil		noras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas			narse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas
Manejar:	Horas			ızar para arri			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un			ızar hacia fu	era:		Horas
Día Normal/Turno	. Horas		El torce				Horas
Semana:	Horas		Arrastre	: · de la escalo			Horas
				de la escalo			Horas Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:	auora.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
				do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constante		A menu		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 lb							{
más de 100 lbs		}		}			{ }
Mi trabajo i	ncluye	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:						
	epetidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	a precisión:				[} []
Equilibrio: Uso del ratón o	de la computadora/del cojín de tacto :						{
	nizado para la eficacia:	}		}			{ }
	simultánea y teléfono :		$\overline{}$				{



Injury Informacion

PATIENT :	#					
Nombre :	MARIA CARMEN S	OLORIO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tino de ce	ntro médico?		
Se tomaron		iera, se presento en arge		into inicarco.		
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	algun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesio	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direction:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/06/23

PATIENT #

Nombre: MARIA CARMEN SOLORIO 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

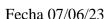
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A 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 O EZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAT KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES E O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y LA SA MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI ON OARA BIR IAS,
SI MENOR:	:			
El	Firma: Fecha:			- - - -





TD.	4 m	TIT	TATE	r 4
P /	A I		. 1 🖜	

Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	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.

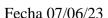
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

	<u> </u>			
Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que e er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salud	para los servicios sobredich	108.

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 07/06/23

PATIENT#					
Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	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 #	<i>‡</i>			
Nombre:	MARIA CARMEN SOLORIO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	E1			