

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/04/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183		
Direccion:	9351 KAISER AVE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	FONTANACA92335	FDN:	11/07/1955		
Teléfono:	(909)587-9514	Edad:	67		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #				
Fecha::	10/01/2019	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN				
Nombre:	RAHMAN, HAMID	Partes del cuerp	0:		
Direccion:	330 E 7TH STREET				
Ciudad, Zip:	UPLANDCA91786				
Teléfono:	(909)931-3800	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		
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que W mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_		
		05/04/23			
HERLINDA	A RAMIREZ	Fecha firmada			



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN	1:	XXX-XX9	183	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO				
			1.	1.6.7.1		
	a típico de 8 horas, cuántas horas le		un dia nori onerse en c		oras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas					\rightarrow
Pararse:	Horas		nclinarse/qu			Horas
Caminar:	Horas		odillamient			Horas
Manejar:	Horas		lcanzar par			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		lcanzar hac	cia fuera:		Horas
Día	Horas	El to	orcer:			Horas
Normal/Turno:		Arra	astre:			Horas
Semana:	Horas	El s	ubir de la e	escalones:		Horas
		El s	ubir de la e	escalera:		Horas
		Usa	ndo una co	mputadora:		Horas
		Usa	ndo el teléf	fono:		Horas
		Emp	oujando:			Horas
		Jala	ndo:			Horas
		Car	gando cosa	s pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A	menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:				-	
11 lbs a 25 lbs:			\exists			
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs						
más de 100 lbs:			_] [
Mi trabajo ir	ncluye	Constantemente	A	menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
_	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	e la computadora/del cojín de tacto :		_	[,	
	nizado para la eficacia : imultánea y teléfono :		_		-	
Computadora S	iniunanca y icienono.					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	HERLINDA RAMIRI	ΞZ	SSN:	XXX-XX9183		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron i	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/04/23

PATIENT #

Nombre: HERLINDA RAMIREZ SSN: XXX-XX9183

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

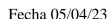
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E 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 OEZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAL KPLICADA MEDICO I IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES O QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIEN PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO REC ION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	S MI UN TO. PARA SIBIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #			
Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183

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.

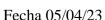
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	zada 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 de er de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nuestra base de	e datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salu	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 05/04/23

PATIENT #						
Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183			

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	PATIENT#						
Nombre:	HERLINDA RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9183				
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_ Fecha:_						
	Firma:_ Fecha:						