

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/27/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### **WESTSTAR ANAHEIM**

Nombre:	RAQUEL MARTINEZ	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	22211 JUAN AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	HAWIIAN GARDENS,CA,90716	FDN:	06/24/1959
Teléfono :	(951)208-0493	Edad:	63
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/14/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
INFORMAC  Nombre:  Direction:	PETERSON, RYAN  16030 VENTURA BLVD STE 150	Partes del cuerpo	:
		Partes del cuerpo	:
Ciudad, Zip:	ENCINO,CA,91436		
Teléfono:	(818)501-2001	Dx:	
	TÁMBET ABORADO		
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN 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 Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	01/27/23
RAQUEL MARTINEZ	Fecha firmada



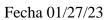
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 01/27/23

PACIENTE #					
Nombre:	RAQUEL MARTINE	Z	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O#			
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DE	EL TRABAJO			
Durante un o	día típico de 8 horas,	cuántas horas le hacen.			
Pararse:		Hora			
Caminar:		Hora			
Manejar:		Hora	as		
Cuántas hor	as trabaja en un				
Día Normal	Turno:	Hora	as		
Semana:		Hora	as		
En un dia no	ormal, Cuántas horas	hace el o siguiente			
El ponerse e	n cuclillas:	Hora	as		
El inclinarse	e/que dobla:	Hora	as		
Arrodillamie	ento:	Hora	as		
El alcanzar j	para arriba:	Hora	as		
El alcanzar l	hacia fuera:	Hora	as		
El torcer:		Hora	as		
Arrastre:		Hora	as		
El subir de l	a escalones:	Hora	as		
El subir de l	a escalera:	Hora	as		

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que 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:				
Mi trabajo incluye	Constantemente	A menudo	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 :				







PATIENT #	‡					
Nombre:	RAQUEL MARTINI	ΞZ	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?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algu	ún otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	lo manejar el vehículo d	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión	1			
Si todavía e	esta reciviendo tratar	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/27/23

PATIENT #

Nombre: RAQUEL MARTINEZ 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

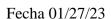




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/27/23

PATIENT #	!			
Nombre:	RAQUEL MARTINEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
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 CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MINIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	MIENTO ICO Y QUI IMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM UTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUI E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. O PARA OBTENIR AUTORIZACION PAI PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBII CION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA R
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #				
		_		
Nombre:	RAQUEL MARTINEZ	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:	RAQUEL MARTINEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	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 01/27/23

PATIENT #				
Nombre:	RAQUEL MARTINEZ	SSN:	XXX-XX-9999	

#### 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 01/27/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	RAQUEL MARTINEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			