

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR MONTCLAIR

Nombre:	YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471
Direccion:	8881 ALMERIA AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	FONTANA,CA,92335	FDN:	01/24/1972
Teléfono:	(909)518-3898	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/22/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINO,CA,92408		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre :		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	al v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	proporcione la info st-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
			02/02/23
YANIRA EI	LIZABETH FERNANDEZ		Fecha firmada



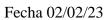
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 02/02/23

PACIENTE #					
Nombre:	YANIRA ELIZABE	TH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471	
INFORMAC	CION DEL TRABA	AJO #			
Cargo:					
	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO			
	día típico de 8 hora	s, cuántas horas le hace			
Sentarse:		Н	oras		
Pararse:		H	oras		
Caminar:		H	oras		
Manejar:		Н	Horas		
Cuántas hor	as trabaja en un				
Día Normal	Turno:	He	oras		
Semana:		H	oras		
En un dia no	ormal, Cuántas hora	as hace el o siguiente			
El ponerse e	en cuclillas:	Н	oras		
El inclinarse	e/que dobla:	Н	oras		
Arrodillamie	ento:	H	oras		
El alcanzar j	para arriba:	H	oras		
El alcanzar l	hacia fuera:	H	oras		
El torcer:		H	oras		
Arrastre:		H	oras		
El subir de l	a escalones:	H	oras		
El subir de l	a escalera·		oras		

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:	YANIRA ELIZABETI	H FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	?				
Si no fue a	un cuarto de emergen	cia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesio	ón, favor llenar lo sign	aiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/02/23

PATIENT #

Nombre: YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ

SSN:

XXX-XX-5471

#### 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

Firma:

Firma:

Testigo(a):

Fecha 02/02/23

PATIENT #	£			
Nombre:	YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471	
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 EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTOO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO CO Y QUI MPREND ERTIFICA CPLICADA MEDICO MEN COM TORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MEDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNADO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAIPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBICION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	I L LRA ER S,
SI MENOR	•			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			

Nombre de la Persona tomando los datos:

#### **Notice of Privacy Practices**





TD /	THE RESERVE	$\Gamma$ $\mu$

Nombre:	YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471

#### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

3)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

#### 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.

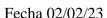
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #

Nombre :	YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
<u>,                                      </u>	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros taml	ón sobre Tratamientos: Su información de lencontrar interesante en el tratamiento y la gobién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud 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;

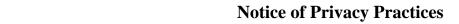
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

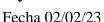
El derecho de recibir una contabilidad de cómo y a quien su información protegida de salud tiene Fue revelado; El derecho de recibir una copia impresa de esta nota.

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.







TD A	וחו		T T T	гΨ
		I IH	100	

Nombre: YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ SSN: XXX-XX-5471

#### 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



# **Privacy Practices Acknowledgement**

Fecha 02/02/23

PATIENT #	f			
Nombre:	YANIRA ELIZABETH FERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-5471	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			