

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

VERONICA DEL SOCORRO ROCHA

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645
Direccion:	P O BOX 3624	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92703	FDN:	04/24/1959
Teléfono:	(213)401-5645	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/01/2018	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	ACOBA, DWAYNE	Partes del cuerpo	:
Direccion:	902 NORTH GRAND AVE STE 100A		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92701		
Teléfono:	(714)276-2300	Dx:	
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	ÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre :		Nombre:	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre:	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a cuanto la asegu	West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West- ni aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 07/25/23

PACIENTE	#				
Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROC	SSN:	XXX-	-XX5645	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	O			
Duranta un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	En ur	n dia normal. Cuán	ntas horas hace el o si	iguiente
Sentarse:	Horas		nerse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas	El inc	linarse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrod	illamiento:		Horas
	Horas		anzar para arriba:		Horas
Manejar:			anzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El toro			Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrast			Horas
Semana:	Horas		oir de la escalones:		Horas
					\rightarrow
			oir de la escalera:		Horas
			do una computadora	:	Horas
			lo el teléfono:		Horas
		Empu	jando:		Horas
		Jaland	lo:		Horas
		Carga	ndo cosas 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:			{ }		
26 lbs a 50 lbs:			{ }		1
51 lbs a 75 lbs:			1	7	7
76 lbs a 100 lbs	5:				
más de 100 lbs:	:				
Mi trabajo in	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
Movimiento rej	petidor de pies :		1	\exists	1
El agarrar de la	energía:		1	7	7
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:)		
	le la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	imultánea y teléfono :)		



Injury Informacion

Fecha 07/25/23

PATIENT #						
Nombre:	VERONICA DEL SO	OCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/25/23

PATIENT #

Nombre: VERONICA DEL SOCORRO ROCHA

SSN:

XXX-XX5645

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

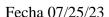
Fecha 07/25/23

Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
			ICO QUE FUI A POR MI PROPIA	

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

PATIENT #





D/	ויודי		TT	#
F /-	N II I	יו ייוו	v .	++

Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645

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.

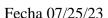
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	غ		
Los Record	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	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	su condición médica. De nuestra base de	datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n 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;

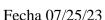
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

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.





\mathbf{D} \mathbf{A}	ויודי	NT/I	Γ#

Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645

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



Fecha 07/25/23

PATIENT #				
Nombre:	VERONICA DEL SOCORRO ROCHA	SSN:	XXX-XX5645	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			