

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/05/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARTHA LOPEZ

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436
Direccion:	4464 LAKEWOOD D	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92407	FDN:	02/23/1979
Teléfono:	(714)643-0290	Edad:	44
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/17/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GANSERT, KEVIN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	601 N EUCLID AVE		
Ciudad, Zip:	ONTARIOCA91762		
Teléfono :	(626)852-2268	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Person	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que j guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	
VALUATION HE	was we will be and be action become		
		04/05/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARTHA LOPEZ		SSN:	XXX-XX	(3436 ———————————————————————————————————	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas		El poners	e en cuclillas:	s horas hace el o sig	Horas
Pararse:	Hora	as		rse/que dobla:		Horas
Caminar:	Hora		Arrodillar			Horas Horas
Manejar:	Hora	as		ar para arriba: ar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno	. Hora	S	Arrastre:			Horas
Semana:	Hora	as		e la escalones:		Horas
				e la escalera:		Horas
				na computadora:		Horas
				l teléfono:		Horas
			Empujano	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:		Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
51 lbs a 75 lbs:		}	}			
76 lbs a 100 lb	s:					
más de 100 lbs	:					
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio:		e tacto:				
	nizado para la eficacia : simultánea y teléfono :					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARTHA LOPEZ		SSN:	XXX-XX3436		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pude	o 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 04/05/23

PATIENT #

Nombre:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436
---------	--------------	------	------------

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

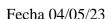
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436	`
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ENIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR STRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	
SI MENOR:				
Ell	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #				
Nombre:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436	

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.

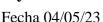
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	nto y la gestión de s	de ser utilizada para enviarle información q u condición médica. De nuestra base de dat ella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi infor	mación 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.



Fecha 04/05/23

PATIENT #				
Nombre:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436	

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 #				
Nombre:	MARTHA LOPEZ	SSN:	XXX-XX3436	
	CVNOW EDGMENT NEODMARK	ON		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATI	ON		
	Pacie	nte:		
	Fi	rma:		
	Fe	cha:		
	Fi	rma:		
	Fe	cha:		