

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA MENDOZA

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	21513 EGGER DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	PERRISCA92570	FDN:	04/12/1963
Teléfono:	(951)999-7104	Edad:	59
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(951)443-0902		
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/23/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	DEVARAJ, REENA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92507		
Teléfono:	(951)697-5611	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 asego	n 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

PACIENTE	C #						
Nombre:	MARIA MENDOZA		SSN:	X	XX-XX9999)	
INFORMA	CION DEL TRABAJO) #					
Cargo:							
Descripción d	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEI	TRABAJO					
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuánta	ng havag la hagan	En un d	ia normal. C	'uántas hora	s hace el o si	iguiente
Sentarse:	Ho			rse en cuclilla	_		Horas
Pararse:		oras		arse/que dobl	_		Horas
			Arrodilla	^			Horas
Caminar:		oras		zar para arriba	a		Horas
Manejar:	Ho	oras		zar hacia fuer			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El torcer		<u></u>		Horas
Día Normal/Turno	. Но	ras			_		\rightarrow
Semana:		oras	Arrastre:		_		Horas
Scilialia.		140		de la escalone	_		Horas
				de la escalera	_		Horas
				una computac	dora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empujan	ıdo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargand	lo cosas pesad	las:		Horas
En mi traba	jo se requiere que leva	nte Constar	ntemente	A menud	lo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	3:						
11 lbs a 25 lbs:	:				$\overline{}$		1
26 lbs a 50 lbs:	:						1
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lb							
más de 100 lbs	3:						
Mi trabajo i	ncluye	Constar	ntemente	A menud	lo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:						
Movimiento re	epetidor de pies :				\longrightarrow		
El agarrar de la	a energía:				\longrightarrow		7
Dirección de la	a precisión:						1
Equilibrio:					$\overline{}$		1
	de la computadora/del cojín	de tacto :					
	nizado para la eficacia:						
Computadora s	simultánea y teléfono:						



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA MENDOZA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #						
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la Sala de Emergencia?						
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/14/23

PATIENT #

Nombre: MARIA MENDOZA SSN: XXX-XX9999

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

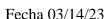
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		_	
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			_
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· /	
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			JTO
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		_	
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			,
MEJORE. F		1,0 00111		
21120 0 1 121 1	22.4			
SI MENOR:	:			
Γ1	N 1 1 D 1 O C 1' 11D '			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Keiacion:			
	Facha:			
	Testign(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firms:			





Nombre:	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999	
---------	---------------	------	------------	--

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.

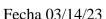
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información o su condición médica. De nuestra base de da rella sólo Occidental información relacionad	tos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	l 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 03/14/23

PATIENT #			
N. 1			
Nombre:	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999

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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA MENDOZA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO	N		
	Pacient Firm			
	Fech			
	Firm	na:		
	Fech	na:		