

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

PEDRO PRADO

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	PEDRO PRADO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	10354 PALMENTO DR	Sexo:	
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92505	FDN:	06/17/1970
Teléfono:	(714)597-0389	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/16/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	RAHMAN, HAMID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	330 E 7TH STREET		
Ciudad, Zip:	UPLANDCA91786		
Teléfono:	(909)931-3800	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		08/02/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#								
Nombre:	PEDRO PRADO		SSN:	X	XX-XX99	99			
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO							
Durante un día Sentarse: Pararse: Caminar:	a típico de 8 horas, cuántas horas 1  Horas  Horas	e hacen	El poner	lia normal, C rse en cuclilla narse/que dobl amiento:	ıs:	oras hace el o si	guiente  Horas  Horas  Horas		
Manejar:	Horas		El alcan	zar para arrib			Horas		
Día Normal/Turno: Semana: En mi trabaj 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:	o se requiere que levante	Constant	El torce Arrastre El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargano	r: de la escalon de la escalera una computad el teléfono: ndo:	es: a: dora: das:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca		
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:		Constant	amanta	A menud		A veces	Nunca		
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant		A menuo		A veces	INUITE A STATE OF THE PARTY OF		



# **Injury Informacion**

PATIENT #	‡					
Nombre:	PEDRO PRADO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
E-t 1	C-1- 1- E	- 0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



### INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/02/23

P	٨	T	I	N	T	1 ±
III /	-1			.13		- ++

Nombre:	PEDRO PRADO	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

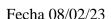
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	PEDRO PRADO	SSN:	XXX-XX9999	_
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TF CFRTIF	ICO OUF FULA POR MUPROPIA	
			E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO	)
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE			
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			
			PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
			ANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL	
MEJORE. F		NO GUARA	ANTIZAR QUE WII CONDICION ACTUAL	4
MEJOKE. F	ZDQ			
CI MENOD.				
SI MENOR:				
E1 ]	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Firma:			





PATIENT #				
Nombre:	PEDRO PRADO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P	<b>RÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Pagina (1 d	e		
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.

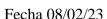
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	PEDRO PRADO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ión 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 s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredich	108.

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 08/02/23

PATIENT#						
Nombre:	PEDRO PRADO	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 #				
Nombre:	PEDRO PRADO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			