

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/23/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JANETH GARCIA

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594
Direccion:	900 W KING ST E	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BANNINGCA92220	FDN:	10/11/1968
Teléfono:	(909)312-1010	Edad:	54
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/08/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DORSEY, JOHN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	25431 CABOT ROAD STE 110		
Ciudad, Zip:	LAGUNA HILLSCA92653		
Teléfono:	(949)716-1900	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO	_	
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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 Persona	al y 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 et-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		02/22/22	
		03/23/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JANETH GARCIA		SSN:		XXX-XX5	5594	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas hor	ras le hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:	Horas			amiento:	ora.		Horas
Manejar:	Horas			zar para arri	iba:		Horas
				zar hacia fu			Horas
Día	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs:							
26 lbs a 50 lbs:							-{
51 lbs a 75 lbs:							\downarrow
76 lbs a 100 lbs	3.	}					\exists
más de 100 lbs							
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la Equilibrio:	precision:	<u></u>					
_	e la computadora/del cojín de tac	to:					-{ }
	nizado para la eficacia:						-{ }
Computadora simultánea y teléfono :							\exists



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JANETH GARCIA		SSN:	XXX-XX5594		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/23/23

PATIENT #

Nombre: JANETH GARCIA SSN: XXX-XX5594

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

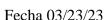
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAI TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX 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	MIENTO DE CO Y QUE (MPRENDO (ERTIFICADO (PLICADAS MEDICO PA IEN COMPR (TORIZACIO	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO DBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN D Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. ARA OBTENIR AUTORIZACION PARA ENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR:			
El	Firma: Fecha: Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D Pagina (1 de		
2)				

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.

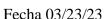
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tan	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 s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 03/23/23

PATIENT #					
Nombre:	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594		

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:	JANETH GARCIA	SSN:	XXX-XX5594	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			