

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/28/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

LAURA ORTIZ

### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845
Direccion:	4286 N H STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92407	FDN:	05/30/1972
Teléfono:	(323)594-6349	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/09/2021	Post-cirugia :	1
Tipo:	One Call	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	FAIT, JAMES M	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1850 N RIVERSIDE AVE STE 250	Ī	
Ciudad, Zip:	RIALTOCA92376		
Teléfono:	(909)963-6080	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 p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th s.	_
		02/28/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	LAURA ORTIZ		SSN:	x	(XX-XX88	45	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	)#					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEI	L TRABAJO					
Sentarse:		ras	El ponei	lia normal, Crse en cuclilla	as:	ras hace el o sig	Horas
Pararse: Caminar:		oras oras		amiento:			Horas
Manejar:	Ho	oras		zar para arrib	,	<b>———</b>	Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			zar hacia fuei	ra:	<u> </u>	Horas
Día Normal/Turno	. Ho	ras	El torce			<del></del>	Horas Horas
Semana:		oras		de la escalon	nes:	<del></del>	Horas
			El subir	de la escalera	a:		Horas
			Usando	una computa	dora:	<del></del>	Horas
			Usando	el teléfono:		<del></del>	Horas
			Empuja	ndo:		<del></del>	Horas
			Jalando:	•		<u> </u>	Horas
			Cargand	do cosas pesad	das:		Horas
En mi trabaj 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lb:		nte Constan	ntemente	A menuc	do	A veces	Nunca
más de 100 lbs		}					
							) []
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d	petidor de manos: petidor de pies : a energía:		ntemente	A menuc		A veces	Nunca
Computadora s	simultánea y teléfono:		$\overline{}$		$\longrightarrow$		{



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	LAURA ORTIZ		SSN:	XXX-XX8845		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	ın cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cei	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 lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/28/23

D /	IT /	TIL	T	T	#
	ъ I		7 I N		#

Nombre: LAURA ORTIZ SSN: XXX-XX8845

### 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

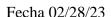
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAM	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIO NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO I. FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y ( EPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	EIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR EIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
ElN	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845	
AVISO DE I	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.

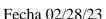
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 de	a.		
	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal para	a 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 nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n 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

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

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 02/28/23

PATIENT #					
		1			
Nombre:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845		

### **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:	LAURA ORTIZ	SSN:	XXX-XX8845	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFOR	MATION		
		Decima		
		Paciente : Firma:		
		Fecha:		
		Firma:		
		Fecha:		