

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/24/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	24165 ECALYPTUS AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92553	FDN:	12/17/1964
Teléfono:	(909)733-8942	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/12/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	D'ARC, BRENT	Partes del cuerpo	):
Direccion:	4444 MAGNOLIA AVE		
Ciudad, Zip:	RIVERSIDECA92501		
Teléfono:	(951)274-3424	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direccion:		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	– al y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	proporcione la infe st-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		05/24/23	
CESAR BEI	NITEZ ARIAS	Fecha fir	nada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	1	SSN:	XXX-XX9	1999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO				
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas h		En un dia no El ponerse en El inclinarse.	n cuclillas:	noras hace el o sig	guiente Horas
Pararse: Caminar:	Horas		Arrodillamie			Horas
Manejar:	Horas		El alcanzar p			Horas
			El alcanzar h			Horas
Cuantas nor Día	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas		El subir de la	a escalones:		Horas
			El subir de la	a escalera:		Horas
			Usando una	computadora:		Horas
			Usando el te	léfono:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando co	sas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:					
11 lbs a 25 lbs:						
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs			}			{
111a3 de 100 103	•					
Mi trabajo in	· ·	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
El agarrar de la	petidor de pies :					}
Dirección de la						{
Equilibrio:	precision.	}	}		}	{
_	e la computadora/del cojín de t	acto:				<b>₹</b>
	nizado para la eficacia :					{
Computadora s	imultánea y teléfono :					



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	CESAR BENITEZ A	RIAS	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	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 05/24/23

PATIENT #

Nombre: CESAR BENITEZ ARIAS SSN: XXX-XX9999

### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

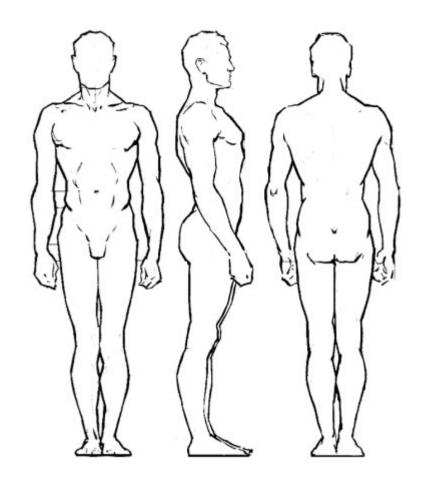
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

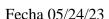
0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	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 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 O MPRENDO ( ERTIFICADO (PLICADAS A MEDICO PA IEN COMPRI (TORIZACIO	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO BETENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN 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:		





TD.	4 m	TIT	TATE	r 4
P /	A I		. 1 🖜	

Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	SSN:	XXX-XX9999

### 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.

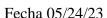
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





DATERIT #

FAIIENI #	•			
Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para e	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuest	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	l para los servicios sobredicho	s.

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 05/24/23

PATIENT#				
Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	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 #	t			
Nombre:	CESAR BENITEZ ARIAS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			