

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ANGELICA RAMOS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	125 S WESTCHESTER DRIVE A	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92804	FDN:	08/01/1976
Teléfono:	(949)891-5466	Edad:	46
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/07/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASIMIAN, STEPAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91206		
Teléfono:	(818)500-9286	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN 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	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.	-Star Physical Th	_
		02/22/23	
ANGELICA	RAMOS	Fecha firm	ada ——



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	ANGELICA RAMOS		SSN:	XXX-XX999	 99	
INFORMA	CION DEL TRABAJO)#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Sentarse:		pras	En un dia norr El ponerse en ci El inclinarse/qu	uclillas:	ras hace el o sigu	uiente Horas Horas
Pararse:		oras	Arrodillamiento	ļ		Horas
Caminar: Manejar:		oras oras	El alcanzar para	ļ		Horas
		nas	El alcanzar haci	(Horas
Día	as trabaja en un		El torcer:		<u> </u>	Horas
Normal/Turno:	Ho	oras	Arrastre:			Horas
Semana:	Ho	oras	El subir de la es	scalones:		Horas
			El subir de la es	scalera:		Horas
			Usando una cor	nputadora:		Horas
			Usando el teléfo	ono:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cosas	pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que leva	nnte Constant	temente A 1	nenudo	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 GC 100 103	•					
Mi trabajo in		Constant	temente A 1	nenudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la Dirección de la				}		}
Equilibrio:	precision.		} }			
	le la computadora/del cojín	de tacto :		}_		
	nizado para la eficacia :	}				
Computadora s	imultánea y teléfono:			\longrightarrow		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ANGELICA RAMOS	;	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN 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	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/22/23

PATIENT #

Nombre: ANGELICA RAMOS 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

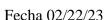




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	ANGELICA RAMOS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	AMIENTO DA ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICADA XPLICADA I MEDICO DA BIEN COMP UTORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES D QUE SERE EVALUADO(A) POR D DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECTOR	MI UN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			

Notice of Privacy Practices





ANGELICA RAMOS	SSN:	XXX-XX9999	
	ANGELICA RAMOS	ANGELICA RAMOS SSN:	ANGELICA RAMOS 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.

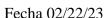
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	:			
Nombre:	ANGELICA RAMOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud es de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para envia	rle
usted puede nosotros tan	ción 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	su condición médica. De nuestra ba	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	d para los servicios sobredichos.	

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.

WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

Notice of Privacy Practices

Fecha 02/22/23

PATIENT #					
Nombre:	ANGELICA RAMOS	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



Notice of Privacy Practices

PATIENT #				
Nombre:	ANGELICA RAMOS	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVACV A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACI A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			