

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JUAN OJEDA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	JUAN OJEDA	SSN:	XXX-XX-4335
Direccion:	5020 MONTE VISTA STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90042	FDN:	07/12/1950
Teléfono:	(213)587-3936	Edad:	72
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/17/2017	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	·:
Direccion:	14350 E. WHITTIER BLVD., #102		
Ciudad, Zip:	WHITTIER,CA,90605		
Teléfono:	(562)698-0025	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	ı 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.	_
		02/07/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	JUAN OJEDA		SSN:	XXX-XX	(-4335	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas	s horas le hacen	En un dia	a normal, Cuántas	horas hace el o sig	uiente
Sentarse:	Hora		El ponerse	e en cuclillas:		Horas
Pararse:	Hor	as	El inclina	rse/que dobla:		Horas
Caminar:	Hor	as	Arrodillar	niento:		Horas
Manejar:	Hor		El alcanza	ar para arriba:		Horas
	as trabaja en un		El alcanza	ar hacia fuera:		Horas
Día			El torcer:			Horas
Normal/Turno:	Hora	ıS	Arrastre:			Horas
Semana:	Hor	as	El subir de	e la escalones:		Horas
			El subir de	e la escalera:		Horas
			Usando ui	na computadora:		Horas
			Usando el	teléfono:		Horas
			Empujand	lo:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levan	te 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:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la Equilibrio:	precision:		{ }			{ }
	e la computadora/del cojín d	e tacto :	{}			{ }
	nizado para la eficacia:	\	{}			{ }
	imultánea y teléfono :		\longrightarrow			$\langle \cdot \rangle$



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JUAN OJEDA		SSN:	XXX-XX-4335		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n 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 del	l cuerpo?			
Esta reciviene	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 02/07/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: JUAN OJEDA SSN: XXX-XX-4335

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

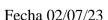
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JUAN OJEDA	SSN:	XXX-XX-4335	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			E YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. /	
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
MI TRATAI	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMP	PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBI	R
TRATAMIE	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZAC	ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	S,
COMPRENI	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	RANTIZAR QUE MI CONDICION ACT	UAL
MEJORE. F	zDQ			
SI MENOR:				
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





PATIENT #				
Nombre:	JUAN OJEDA	SSN:	XXX-XX-4335	
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.

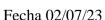
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	JUAN OJEDA	SSN:	XXX-XX-4335	
AVISO DE I 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	da por nuestro personal para er	nviarle
usted puede nosotros tam	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	u condición médica. De nuestra	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud	para los servicios sobredichos.	

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 02/07/23

PATIENT #		
Nombre : JUAN OJEDA SSN: XXX-XX-4335	SSN:	XXX-XX-4335

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

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 #	<u> </u>			
Nombre:	JUAN OJEDA	SSN:	XXX-XX-4335	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			