

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 24/01/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARC	IA _{SSN} :	XXX-XX-9999
Direccion:	12717 COOKACRE AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LYNWOOD,CA,90262	FDN:	01/03/1959
Teléfono:	(323)338-6662	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/23/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
INFORMAC Nombre: Direccion:	HIGASHI, RANDY 3621 MARTIN LUTHER KING JR	Partes del cuerpo	:
Direccion:	3621 MARTIN LUTHER KING JR		
Ciudad, Zip:	LYNWOOD,CA,90262		
Teléfono:	(323)546-3500	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO	1	
Nombre:		1	
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	24/01/2023
SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARC	IA Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 24/01/2023

PACIENTE	C #				
Nombre:	SALVADOR EUDOXI GARCIASALVADOR HERNANDEZ GARCI	EUDOXIO	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO)#			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO			

During: Hoa typical 8 hour day	During: Hoa typical 8 hour day, How malthootusrs do you						
Sentarse:		Horas					
Pararse:		Horas					
Caminar:		Horas					
Manejar:		Horas					
Cuántas horas trabaja en un							
Día Normal/Turno:		Horas					
Semana:		Horas					
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o	siguiente					
El ponerse en cuclillas:		Horas					
El inclinarse/que dobla:		Horas					
Arrodillamiento:		Horas					
El alcanzar para arriba:		Horas					
El alcanzar hacia fuera:		Horas					
El torcer:		Horas					
Arrastre:		Horas					
El subir de la escalones:		Horas					
El subir de la escalera:		Horas					
Usando una computadora:		Horas					
Usando el teléfono:		Horas					
Empujando:		Horas					
Jalando:		Horas					
Cargando cosas pesadas:		Horas					
En mi trabajo se requiere que l	levante	Constantemente	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:							



Injury Informacion

Fecha 24/01/2023

PATIENT #	‡					
Nombre:	SALVADOR EUDO GARCIA	DXIO HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	ia?				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	encia, se presento en alg	ún otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, puo	do manejar el vehículo d	lespués del accid	ente?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	rior en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento me	dico por la misma lesiór	1			
						,
Si todavía e	sta reciviendo tratar	miento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Toléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 24/01/2023

PATIENT

Nombre:

SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ

XXX-XX-9999

GARCIASALVADOR EUDOXIO

HERNANDEZ GARCIA

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

SSN:

A = Doloresches

B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 24/01/2023

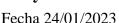
PATIENT #					
Nombre:	SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-9999		
	GARCIASALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARCIA				

FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





PATIENT #

Nombre:

SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ

SSN: XXX-XX-9999

GARCIASALVADOR EUDOXIO
HERNANDEZ GARCIA

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.

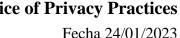
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	nda por nuestro personal para envia	ırle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nuestra ba	ase de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salud	nara 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 24/01/2023

PATIENT #

Nombre: SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ

SSN: XXX-XX-9999

GARCIASALVADOR EUDOXIO

HERNANDEZ GARCIA

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



Fecha 24/01/2023

PATIENT #	#			
Nombre:	SALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARCIASALVADOR EUDOXIO HERNANDEZ GARCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			