

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/21/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

VICENTE AVILA

### WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	VICENTE AVILA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	25140 FILAREE AVE	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92551	FDN:	09/23/1967	
Teléfono:	(951)488-8315	Edad:	55	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	04/05/2023	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	WILKER, MOSHE H	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	11980 SAN VICENTE BLVD STE 114			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90049			
Teléfono:	(310)337-7463	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA	
Nombre:		Nombre:		
Direction:		Direccion:		
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:		
Tipo:		Tipo:		
Ins Nombre : [		Ins Nombre:		
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:		
Authorizacion	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.  08/21/23				

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #							
Nombre:	VICENTE AVILA		SSN:	x	(XX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO					
Sentarse: Pararse: Caminar: Manejar:	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas	hacen	El poner El inclir Arrodill El alcan	rse en cuclilla narse/que dob amiento: zar para arrib zar hacia fue	as: la: a:	oras hace el o si	Horas Horas Horas Horas Horas Horas
Día Normal/Turno: Semana:	Horas Horas						Horas Horas Horas Horas
		Usando una computadora:  Usando el teléfono:  Empujando:  Jalando:  Cargando cosas pesadas:  Horas  Horas  Horas			Horas Horas 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 lbs más de 100 lbs:	:	Constant	emente	A menuc		A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menud	do	A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	VICENTE AVILA		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	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	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 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 08/21/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: VICENTE AVILA 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

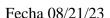
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	VICENTE AVILA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE 1	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAM TRATAMIEN	LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENT Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIONTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONFISICO CON LICENCIA VALIDA Y CENTRA SERAN EXPO QUE EL SE COMUNICARA CON MICHIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AURO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y ( EPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	SIOTERAPIA. 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 SIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #					
Nombre:	VICENTE AVILA	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina	a (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.

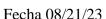
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	VICENTE AVILA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	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	su condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	l para los servicios sobredich	os.

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:

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

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 08/21/23

PATIENT #				
Nombre:	VICENTE AVILA	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 #	PATIENT #					
Nombre:	VICENTE AVILA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	1				
	Paciente					
	Firma					
	Fecha	າ:				
	Firma	ι:				
	Fecha	ι:				