

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/11/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JOSE BENAVIDES

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	JOSE BENAVIDES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	626 PENCIN DRIVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	WHITTIERCA90601	FDN:	07/26/1954
Teléfono:	(626)221-6848	Edad:	68
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/24/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BAHAN, JOSEPH	Partes del cuerpo	:
Direccion:	902 NORTH GRAND AVE STE 100A		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92701		
Teléfono:	(714)276-2300	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ÓN 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 Persona	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.		
beneficios de l	im aseguranza por 10s servicios prestados.	0=110=	
		05/11/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	JOSE BENAVIDES	SSN:	XXX-XXS	 9999 	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)			
	TIDIOTOTICED DEL TRUBITO				
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen En un d	ia normal, Cuántas	horas hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas	El poner	se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas	El inclin	arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodilla	amiento:		Horas
Manejar:	Horas	El alcana	zar para arriba:		Horas
	as trabaja en un	El alcana	zar hacia fuera:		Horas
Día	as trabaja en un	El torcer	:		Horas
Normal/Turno:	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas	El subir	de la escalones:		Horas
		El subir	de la escalera:		Horas
		Usando	una computadora:		Horas
			el teléfono:	<u></u>	Horas
		Empujar			Horas
		Jalando:			Horas
					\rightarrow
		Cargand	o cosas pesadas:		Horas
_	o se requiere que 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:					
Mi trabajo in	acluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
Movimiento rep	petidor de pies :				
El agarrar de la	energía:				
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	e la computadora/del cojín de tacto:				
	izado para la eficacia :				
Computadora si	multánea y teléfono :				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE BENAVIDES		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	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 recivieno	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 05/11/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: JOSE BENAVIDES 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

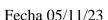
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JOSE BENAVIDES	SSN:	XXX-XX9999	
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			LIE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		-	-
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. ,	11
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			0.
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
COMPREN	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION AC	CTUAL
MEJORE. F	zDQ			
SI MENOR:				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			_
	Firma:			_
	Fecha:			_
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firma			





SSN:	XXX-XX9999	
	SSN:	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.

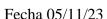
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	JOSE BENAVIDES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información qu su condición médica. De nuestra base de dato rella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salud	d 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 05/11/23

PATIENT #			
Nombre:	JOSE BENAVIDES	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 #				
Nombre:	JOSE BENAVIDES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			