

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/15/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ANA CAMPOS

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ANA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	4624 OBAMA BLVD APT 1	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	01/26/1983
Teléfono:	(323)640-3194	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/01/2021	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerpo	:
Direccion:	640 S SAN VICENTE BLVD 481		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048		
Teléfono:	(424)266-7878	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:	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre:	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	
		05/15/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ANA CAMPOS		SSI	N:	XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABA	JO #					
Cargo:							
December of the de	las formaiones						
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO					
D	w' 1 01 - v	. 1 11	Fn	un dia norr	nal Cuántas l	noras hace el o si	quiente
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuá	mas noras le nacen Horas		onerse en c			Horas
Pararse:		Horas		nclinarse/qu			Horas
Caminar:		Horas	Arr	odillamiento):		Horas
Manejar:		Horas	El a	alcanzar para	a arriba:		Horas
		.101as		alcanzar hac			Horas
	as trabaja en un		El t	orcer:			Horas
Día Normal/Turno:		Horas		astre:			Horas
Semana:		Horas		subir de la es	scalones:		Horas
				subir de la es			Horas
				ando una con			Horas
				ando una con ando el teléfo		}	Horas
					5110.	<u></u>	Horas
				pujando: ando:			\dashv
					1		Horas
			Car	gando cosas	pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que le	vante	Constantement	e Aı	menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:							
26 lbs a 50 lbs:		[\downarrow		·] []
51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs		}		$\exists \vdash$		———	{
más de 100 lbs:		}		\exists			
Mi trabajo ir	ncluye		Constantement	e Aı	menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
_	petidor de pies :			\exists			
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:					<u> </u>	
Equilibrio:	-1	(n. d. d. d. d.		_		·] []
	e la computadora/del coj nizado para la eficacia :	in de tacto :		$\exists \vdash$			{
	imultánea y teléfono:	}		$\dashv \not$		————	{
Companion of							



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	ANA CAMPOS		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				*7	N
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direction:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/15/23

PA	T	TE	N	T	#

Nombre: ANA CAMPOS 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

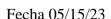
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ANA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	INTO 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		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F		INO GUARAINI	TIZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
WIEJOKE. IA	LDQ		
SI MENOR:			
SI WENOK:			
E1 1	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma		





PATIENT #				
Nombre:	ANA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	AD Pagina (1 de		
2)				

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.

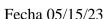
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ANA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utilizac	la por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información o er de interés a usted**	y la gestión de su	condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud j	para los servicios sobredich	ios.

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 05/15/23

PATIENT #					
Nombre:	ANA CAMPOS	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:	ANA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			