

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	211 POPPY AVE	Sexo:		
Ciudad, Zip:	MONROVIACA91016	FDN:	04/08/1965	
Teléfono:	(626)429-0517	Edad:	58	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	01/13/2023	Post-cirugia:		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	KASIMIAN, STEPAN	Partes del cuerpo	:	
Direccion:				
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91206			
Teléfono:	(818)500-9286	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA				
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	
Yo authorizo a cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en	
		05/01/23		
RICARDO B	BELTRAN	Fecha firm	nada	



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-	XX9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descrinción de	e las funciones:				
Descripcion de	las funciones.				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	(O)
		F	4: 1 C ((· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	::_
	a típico de 8 horas, cuántas horas le h		ara normar, Cuam erse en cuclillas:	tas horas hace el o s	Horas
Sentarse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		lamiento:		Horas
Caminar:	Horas		nzar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		nzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastr			Horas
Semana:	Horas		e: r de la escalones:		
	110148				Horas
			r de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja	ando:		Horas
		Jalando):	Horas	
		Cargan	do cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:				
11 lbs a 25 lbs:				\	7
26 lbs a 50 lbs:				7	
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs					
más de 100 lbs:	:			_] [
Mi trabajo in	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:				
	petidor de pies :				
El agarrar de la					
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:	-1				_
	e la computadora/del cojín de tacto : nizado para la eficacia :	}		-	_{ }
	imultánea y teléfono :	}			
Companiona S	initiation y totorono.		1		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	RICARDO BELTRA	N	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 u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?						
Esta reciviendo tratamiento medico 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 05/01/23

PATIENT #

Nombre: RICARDO BELTRAN 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

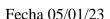
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OEZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAL KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO DE FISIOTERAPIA ES OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES DE QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y SE A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	S MI UN TO. PARA SIBIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #					
Nombre:	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-XX9999		

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.

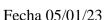
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

Nombre :	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de le encontrar interesante en el tratamiento y la sibién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra 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 05/01/23

PATIENT #				
Nombre:	RICARDO BELTRAN	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:	RICARDO BELTRAN	SSN:	XXX-XX9999	
DDIYA CV	CENIONAL ED CAMENTE INTECDAMA TRONI			
PRIVACYA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			