

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

FRANCISCO PANTOJA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	FRANCISCO PANTOJA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	701 W 42ND STREET	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90037	FDN:	09/30/1970	
Teléfono:	(323)884-0665	Edad:	52	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	10/16/2018	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	GANJIANPOUR, MARK	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	8631 W 3RD ST # 620E			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048			
Teléfono:	(310)657-0942	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	ÓN 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	
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. 04/26/23				

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	FRANCISCO PANTO	DJA	SSN:	XXX-X	X9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	O#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuán	atas horas le hacen	El poner	se en cuclillas:	s horas hace el o sig	Horas
Pararse:		Ioras	El inclin Arrodilla	arse/que dobla:		Horas
Caminar:		Ioras		zar para arriba:		Horas
Manejar:	()H	Ioras		zar para arriba. zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer			Horas
Día Normal/Turno:	Н	Ioras	Arrastre:			Horas
Semana:	H	Ioras		de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computadora:		Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empujan	ido:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	ante Coi	nstantemente	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	:				}	1
Mi trabajo i	ncluye	Coi	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:			-	{ }		
Equilibrio:	precision.	}			{ }	{
	le la computadora/del cojí	n de tacto:			{ }	{
	nizado para la eficacia :				}	1
Computadora simultánea y teléfono :					Í	1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	FRANCISCO PANT	OJA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN C) ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	eidente 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	ndo 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 04/26/23

PATIENT #

Nombre: FRANCISCO PANTOJA 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

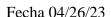
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>		
Nombre:	FRANCISCO PANTOJA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN		
			FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI IDACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
			NTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. I		NO GUARA	NTIZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MILJOKE, I	ZDQ		
SI MENOR			
SIMENOR	•		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PΔ	Т	TEN	Т	#
1 4	. ж	THE PARTY		TT

Nombre:	FRANCISCO PANTOJA	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.

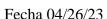
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>		
Nombre:	FRANCISCO PANTOJA	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	n 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 04/26/23

PATIENT #					
Nombre :		SSN:			
Nombre .	FRANCISCO PANTOJA	3311:	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 #	ł .			
Nombre:	FRANCISCO PANTOJA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:_			
	Fecha:			