

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ARTURO URIETA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413	
Direccion:	4334 LIMA ST	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90011	FDN:	09/12/1958	
Teléfono:	(323)384-9352	Edad:	64	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	01/09/2019	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	TABIBIAN, SAM B.	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	4849 VAN NUYS BLVD., SUITE 205			
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403			
Teléfono:	(818)905-3355	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 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. 02/22/23				

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE :	#						
Nombre:	ARTURO URIETA		SSN:		XXX-XX	3413	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	10					
Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le h	acen	El pone	dia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arri	iba:		Horas
	us trabaja en un		El alcan	nzar hacia fu	era:		Horas
Día			El torce	er:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	2:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una comput	tadora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		$\overline{}$		
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:							
mas de 100 los.							
Mi trabajo in	cluye	Constant	emente	A menu	udo	A veces	Nunca
	etidor de manos:						
Movimiento rep	_						
El agarrar de la] []
Dirección de la p Equilibrio:	precision:						-
_	e la computadora/del cojín de tacto :						_{ }
	izado para la eficacia:	}					-{ }
	multánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		\exists



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ARTURO URIETA		SSN:	XXX-XX3413		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				*7	
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 acc	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 recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/22/23

PATIENT #

Nombre:	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413
---------	---------------	------	------------

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

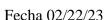




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413	
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			UE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			-
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE		. ,	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			
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			
MEJORE. F				
SI MENOR:				
F1 1	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
121	Relacion:			_
	Firma:			_
	Fecha:			_
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firma			

Notice of Privacy Practices





PATIENT #				
Nombre:	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413	
AVISO DE I	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.

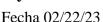
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de l os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para envia	rle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informaci encontrar interesante en el tratamient nbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	su condición médica. De nuestra ba	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación de la salud	l 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.

WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

Notice of Privacy Practices

Fecha 02/22/23

PATIENT #				
Nombre :	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413	

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



Notice of Privacy Practices

PATIENT #					
Nombre:	ARTURO URIETA	SSN:	XXX-XX3413		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_ Fecha:_				
	Firma:_ Fecha:				