

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/04/23

INFORMACION DEL PACIENTE

TATIANA DAZA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	TATIANA DAZA	SSN:	XXX-XX9999				
Direccion:	2428 BOULDER ST	Sexo:	F				
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90033	FDN:	12/15/1994				
Teléfono:	(213)562-9119	Edad:	28				
Telé trabajo :		Email:					
Telé celular:	(818)674-1973						
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #						
Fecha::	01/05/2023	Post-cirugia :					
Tipo:	PI	FDC:					
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN							
Nombre:	LING, CARSON	Partes del cuerpo	:				
Direccion:	223 N GARFIELD AVE STE 302						
Ciudad, Zip:	MONTEREY PARKCA91754						
Teléfono:	(714)462-6014	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. 04/04/23							
		U7/U4/43					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	TATIANA DAZA		SS	SN:	XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	IO#					
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DI	EL TRABAJO					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuá	ntas horas le hacer	1 Er	n un dia nor	mal, Cuántas l	noras hace el o si	guiente
Sentarse:		Horas		ponerse en o	cuclillas:		Horas
Pararse:	I	Horas	El	inclinarse/q	ue dobla:		Horas
Caminar:		Horas	Aı	rodillamient	00:		Horas
Manejar:		Horas	El	alcanzar par	a arriba:		Horas
		10145	El	alcanzar had	cia fuera:		Horas
	as trabaja en un		El	torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	L I	Horas	Aı	rastre:			Horas
Semana:	I	Horas		subir de la e	escalones.		Horas
				subir de la e			Horas
				sando una co			Horas
				sando una co sando el teléi			\dashv
					iono:		Horas
				npujando:			Horas
				Jalando:			Horas
			Ca	argando cosa	s pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que lev	ante	Constantemen	te A	menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:						
11 lbs a 25 lbs:		}	-	\dashv			1
26 lbs a 50 lbs:		}		$\neg \vdash$			
51 lbs a 75 lbs:			-				
76 lbs a 100 lbs	5:						
más de 100 lbs:		(
Mi trabajo ir	ncluye		Constantemen	te A	menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
_	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:		(
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :							
	nizado para la eficacia:	(-				. []
Computadora si	Computadora simultánea y teléfono :] [



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	TATIANA DAZA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () 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	cidente de auto, pude	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 04/04/23

P.	Δ'	Ti	Œ	N	Т	#

Nombre: TATIANA DAZA 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

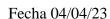
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	TATIANA DAZA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO 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		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F			
SI MENOR:			
171.7	Name de De due O Consultan del Designato		
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Firms:		
	Fecha:		
	Testion(a):		
	Firma:		





PATIENT #						
Nombre:	TATIANA DAZA	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAI	D 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.

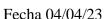
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	TATIANA DAZA	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	de		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	ud será utiliza	ida por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ón de la salud	para los servicios sobredicho	os.

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 04/04/23

PATIENT#					
Nombre:	TATIANA DAZA	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 #	'ATIENT#						
Nombre:	TATIANA DAZA	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente : Firma:						
	Fecha:						
	Firma:						
	Fecha:						