

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

TAIDE DOMINGUEZ

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	TAIDE DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	3839 MERCED AVE	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	BALDWIN PARKCA91706	FDN:	11/19/1981		
Teléfono:	(626)324-4970	Edad:	41		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	02/02/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	One Call	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	WILKER, MOSHE H	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	11980 SAN VICENTE BLVD STE 114				
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90049				
Teléfono:	(310)337-7463	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	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					
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. 05/08/23					
		03/00/43			

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre: TAIDE DOMINGUEZ SSN: XXX-XX9999	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
Descripcion de las funciones.	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente.	
Sentarse: Horas El ponerse en cuclillas: Horas	
Pararse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas	3
Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas	3
Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas	3
Fl alcanzar bacia fuera:	3
Cuántas horas trabaja en un El torcer:	S
Día Normal/Turno: Horas Arrastre: Horas	S
Semana: Horas El subir de la escalones: Horas	
El subir de la escalera: Horas	
Usando una computadora: Horas	
Usando el teléfono: Horas	
Empujando: Horas	
Jalando: Horas	
Cargando cosas pesadas: Horas	
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces	Nunca
10 lbs o menos:	
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:	
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:	
76 lbs a 100 lbs:	
más de 100 lbs:	
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio:	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	
Computadora simultánea y teléfono :	



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	TAIDE DOMINGUE	Z	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa breven	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emergen	icia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?				
Se tomaron ra	nyos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?				
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión, favor llenar lo siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/08/23

PATIENT #

Nombre: TAIDE DOMINGUEZ 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

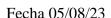
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	TAIDE DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH 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 DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE CO Y QUE O MPRENDO Q ERTIFICADO XPLICADAS A MEDICO PA IEN COMPRI	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO BTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. RA OBTENIR AUTORIZACION PARA ENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR:	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
Lii	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PA	TIENT #	
----	---------	--

Nombre:	TAIDE DOMINGUEZ	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.

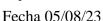
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	TAIDE DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ida por nuestro personal pa	ıra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nu	uestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredio	chos.

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 05/08/23

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