

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	630 N LOUIS AVE	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	AZUSACA91702	FDN:	02/13/1957	
Teléfono:	(626)450-5126	Edad:	66	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	01/27/2023	Post-cirugia:		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	DATE, ANIL	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	27141 HIDAWAY AVE SUITE 106			
Ciudad, Zip:	CANYON COUNTRYCA91351			
Teléfono:	(661)252-8469	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	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. 05/02/23				
		03/04/43		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 05/02/23

PACIENTE	#						
Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIG	UEZ	SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen	En un d	lia normal,	, Cuántas l	noras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas		El pone	rse en cucli	llas:		Horas
Pararse:	Horas		El inclir	narse/que do	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arr	riba:		Horas
	as trabaja en un		El alcan	ızar hacia fu	iera:		Horas
Día	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	h.°			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
				una compu			Horas
				el teléfono:			Horas
					•		\rightarrow
			Empuja				Horas
				Jalando:			Horas
			Cargano	do cosas pes	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	temente	A men	iudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				1
26 lbs a 50 lbs:			$\overline{}$				1
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs:							
Mi trabajo ir	ncluye	Constant	temente	A men	ıudo	A veces	Nunca
-	petidor de manos:						
	petidor de pies :	}					
El agarrar de la	energía:					}	1
Dirección de la	precisión:		$\overline{}$		$\overline{}$		7
Equilibrio:			$\overline{}$				1
Uso del ratón d	e la computadora/del cojín de tacto :		$\overline{}$		$\overline{}$		1
Trabajo sincron	nizado para la eficacia :		$\overline{}$		$\overline{}$		1
Computadora si	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		1



Injury Informacion

Fecha 05/02/23

PATIENT 7	#					
Nombre:	SERGIO MANZANA	AREZ RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	a?			Yes	No
		ncia, se presento en al	gún otro tipo	do contro mádico?		
Se tomaron		icia, se presento en ar	gun ono npo (de centro medico:		
	•		1			
		o manejar el vehículo		ccidente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte	del cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesio	ón			
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/02/23

PATIENT #

Nombre:

SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ

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

Fecha 05/02/23

PATIENT #			
Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999

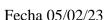
FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El

Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	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.

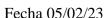
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	da por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de de interés a usted**	a gestión de s	su condición médica. De nuestr	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la saluc	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;

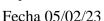
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

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.





PATIENT #

Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	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



Fecha 05/02/23

PATIENT #				
Nombre:	SERGIO MANZANAREZ RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVA CV	CVNOW EDGMENT INTODIA TYON			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			