

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/04/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452
Direccion:	819 E ORANGEWOOD UNIT L26	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92802	FDN:	07/10/1972
Teléfono:	(657)335-5213	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(949)438-9057		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/06/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	421 N BROOKHURST STREET STE 21	Ī	
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801	Ī	
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		05/04/23	
OSCAR CA	RRENO ORTIZ	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	OSCAR CARRENO ORT	Z	SSN:	XXX-XX94	452 ————————————————————————————————————	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO				
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas	oras le hacen	En un dia nor El ponerse en c El inclinarse/qu	euclillas:	oras hace el o sig	uiente Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas		Arrodillamient El alcanzar par			Horas Horas
	as trabaja en un		El alcanzar hac El torcer: Arrastre: El subir de la e El subir de la e Usando una co	scalones: scalera:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas
			Usando el teléf Empujando: Jalando: Cargando cosa:			Horas Horas Horas Horas
En mi trabajo 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:	:	Constant	emente A	menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente A	menudo	A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	OSCAR CARRENO	ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452				
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	neme su accidente.				Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a ur	cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?					
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/04/23

PATIENT #

Nombre: OSCAR CARRENO ORTIZ SSN: XXX-XX9452

### 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

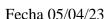
0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	<b>.</b>
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452

### 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.

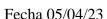
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviar	·le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra bas	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	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 05/04/23

PATIENT #						
Nombre:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452			

### 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 #	<u> </u>			
Nombre:	OSCAR CARRENO ORTIZ	SSN:	XXX-XX9452	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			