

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1655 WEST 20TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90007	FDN:	01/21/1983
Teléfono:	(323)283-4575	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	08/15/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	FRANK, JONATHAN M	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8501 WILSHIRE BLVD STE 316		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90211		
Teléfono:	(310)247-0466	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	ON 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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/12/23	
CLAUDIA I	LISSETTE ALVARADO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 07/12/23

PACIENTE #										
Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARAD	0	SSN:		XXX-XX99	999				
INFORMACION DEL TRABAJO #										
Cargo:	Cargo:									
Descripción de	Descripción de las funciones:									
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	.JO								
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas le	hacen				oras hace el o si				
Sentarse:	Horas			rse en cuclill			Horas			
Pararse:	Horas			narse/que dob	ola:		Horas			
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas			
Manejar:	Horas			nzar para arril			Horas			
Cuántas hor	as trabaja en un			nzar hacia fue	era:		Horas			
Día Normal/Turno:	. Horas		El torce				Horas			
Semana:	Horas		Arrastre				Horas			
	113143			de la escalor			Horas			
				de la escaler			Horas			
				una computa el teléfono:	адога:		Horas			
							Horas Horas			
			Empuja Jalando				Horas			
			Cargando cosas pesadas:			\dashv				
			Cargano	io cosas pesa	idas:		Horas			
_	jo se requiere que levante	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca			
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	:	}			\longrightarrow		₹ }			
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca			
	petidor de manos:									
Movimiento repetidor de pies :										
El agarrar de la energía:					[
Dirección de la Equilibrio:	t precision:				}		{			
	le la computadora/del cojín de tacto :				\longrightarrow		{			
	nizado para la eficacia:	}		}	\longrightarrow		┤			
	simultánea y teléfono :		$\overline{}$		\longrightarrow		{			



Injury Informacion

Fecha 07/12/23

PATIENT #									
Nombre:	CLAUDIA LISSETTI	E ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999					
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #									
Describa breve	mente su accidente: :								
					Yes	No			
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?							
Si no fue a un	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?					
Se tomaron ra	ayos x?								
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?					
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?						
Esta reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión							
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la							
misma lesión	, favor llenar lo sign	uiente?							
Nombre:									
Direccion:									
Ciudad, Zip:									
Teléfono									



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/12/23

PATIENT #

Nombre: CLAUDIA LISSETTE ALVARADO 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

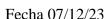
Fecha 07/12/23

PATIENT #	‡			
Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA D	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMI TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMI	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTA Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MED ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENTO QUE EL SE COMUNICARA CON MUMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO CON COMUNICARA CON MENTO DE FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO COMUNICARA CON CESTO DE COMUNICARA CON MENTO DE FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO COMUNICARA CON COMUNICARA COMUN	AMIENTO : ICO Y QUI OMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUI E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBII CION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA R S,
SI MENOR	•			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			

Testigo(a):

Nombre de la Persona tomando los datos:

Firma:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	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.

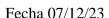
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para envi	iarle
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 b	oase de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la saluc	l para los servicios sobredichos.	

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

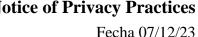
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.



0	WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK
---	-----------------------------------

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	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 07/12/23

PATIENT #	ł			
Nombre:	CLAUDIA LISSETTE ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:_ Fecha:			