

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/23/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ANDRES VELASQUEZ TORRES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3646 W SAVANNA ST	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801	FDN:	02/15/1989
Teléfono:	(714)618-8233	Edad:	34
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/12/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	DESAI, RAJ	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5170 SEPULVEDA BLVD STE 210		
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403		
Teléfono:	(818)783-5001	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	A	*
		02/23/23	
ANDRES VI	ELASQUEZ TORRES	Fecha firm	ada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 02/23/23

Nombre: ANDRES VELASQUEZ TORRES SSN: XXX-XX9999	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas Horas En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas Horas Horas	
Pararse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas	
Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas	
Fl alcanzar bacia fuera: Horas	
Cuántas horas trabaja en un El torcer: Horas	
Normal/Turno: Horas Arrastre: Horas	
Semana: 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:	-
51 lbs a 75 lbs:	
76 lbs a 100 lbs:	\longrightarrow
más de 100 lbs:	$\overline{}$
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca	
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	$\overline{}$
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio: Uso del retón de la computadora/del cojún de tosto :	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	\longrightarrow
Computadora simultánea y teléfono :	\dashv



Injury Informacion

Fecha 02/23/23

PATIENT #						
Nombre:	ANDRES VELASQU	JEZ TORRES	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
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	idente 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	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/23/23

PATIENT #

Nombre:

ANDRES VELASQUEZ TORRES 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





SI MENOR:

FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/23/23

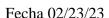
PATIENT #				
Nombre:	ANDRES VELASQUEZ TORRES	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O M TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDINTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO CO Y QU MPRENI ERTIFICA KPLICAD MEDICO IEN COM	DE FISIOTERAPIA. COMPR JE OBTENIENDO FISIOTERA DO QUE SERE EVALUADO(A ADO Y QUE LA EVALUACIO DAS A MI ANTES DEL TRATA D PARA OBTENIR AUTORIZA MPRENDO QUE YO NO PUED CION FIRMADA MI MEDICO	ENDO QUE YO LPIA ES MI LA) POR UN N Y LAMIENTO. ACION PARA DO RECIBIR D. ADEMAS,

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:

Nombre de la Persona tomando los datos:

Relacion:
Firma:
Fecha:
Testigo(a):

Firma:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	ANDRES VELASQUEZ TORRES	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.

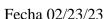
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	ANDRES VELASQUEZ TORRES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tam	ión 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 nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredici	nos.

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.





TD A		TITLE	
	 IH IN	N II	π

Nombre:	ANDRES VELASQUEZ TORRES	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 02/23/23

PATIENT #	f			
Nombre:	ANDRES VELASQUEZ TORRES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			