

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

PATRICIA DIAZ

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	PATRICIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2901 1/4 E CESAR CHAVEZ A	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90033	FDN:	03/31/1974
Teléfono:	(323)210-5621	Edad:	49
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/15/2019	Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMSON, MARC	Partes del cuerpo):
Direccion:	600 ST. PAUL AVENUE STE 101		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90017		
Teléfono:	(213)250-9900	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN 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 Person	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		04/25/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #								
Nombre:	PATRICIA DIAZ		SSN:		XXX-XX	9999		
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de								
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO								
Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le l Horas	hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas	
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:			Horas	
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arr	iba:		Horas	
	us trabaja en un		El alcan	ızar hacia fu	era:		Horas	
Día			El torce	r:			Horas	
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	2:			Horas	
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas	
			El subir	de la escale	era:		Horas	
			Usando	una comput	tadora:		Horas	
			Usando el teléfono:			Horas		
			Empujando:			Horas		
			Jalando:			Horas		
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas	
En mi trabajo	se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca	
10 lbs o menos:								
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		$\overline{}$			
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:								
mas de 100 los.								
Mi trabajo in	cluye	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca	
	etidor de manos:							
Movimiento rep	_							
El agarrar de la] []	
Dirección de la p Equilibrio:	precision:						-	
_	e la computadora/del cojín de tacto :						_{ }	
	izado para la eficacia:	-		}			-{ }	
	multánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		\exists	



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	PATRICIA DIAZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
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	ridente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/25/23

PΔ	TI	IF.	N	Г	\pm
II /-1		L III '			77

Nombre:	PATRICIA DIAZ	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

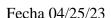
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	PATRICIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAI TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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 ZDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ESIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ETRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
EU	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #							
Nombre:	PATRICIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAI	D Pagina (1 de					
2)							

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.

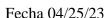
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	PATRICIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
3)				
recordatorio				
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento enbién le podemos enviar información der de interés a usted**	o y la gestión de su	ondición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	para los servicios sobredicho	os.

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 04/25/23

PATIENT #						
Nombre:	PATRICIA DIAZ	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:	PATRICIA DIAZ	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO	<u> N</u>					
	Pacien	te:					
	Firr	na:					
	Fec	ha:					
	Firr	na:					
	Fec	ha:					