

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

RUDY ROJAS

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998
Direccion:	3200 W 99TH STREET APT 18	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	INGLEWOODCA90305	FDN:	10/08/1978
Teléfono:	(323)495-2720	Edad:	44
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/17/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GASPARIAN, ANNA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	14557 FRIAR STREET STE B	Ī	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA91411		
Teléfono:	(818)508-4210	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#:	
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	_
		06/26/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	RUDY ROJAS			SSN:		XXX-XX0	998	
INFORMA	CION DEL TRAB	SAJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO						
	a típico de 8 horas, c	cuántas horas le hace	en		ia normal,		noras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:		\exists			arse/que do			Horas
Pararse:		Horas		Arrodilla	^	0141		Horas
Caminar: Manejar:		Horas			zar para arri	ba:		Horas
					zar hacia fu			Horas
	as trabaja en un			El torcer	r:			Horas
Día Normal/Turno	:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
				El subir	de la escale	ra:		Horas
				Usando	una comput	adora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empujar	ndo:			Horas
				Jalando:			Horas	
				Cargand	lo cosas pes	adas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que	levante	Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos								
11 lbs a 25 lbs:				$\overline{}$				1
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs								{
111d3 dC 100 103	•							
Mi trabajo i			Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
	petidor de pies :] []
El agarrar de la Dirección de la								{
Equilibrio:	i precision.							{
	le la computadora/del	cojín de tacto :						{
	nizado para la eficacia						\	{
Computadora s	simultánea y teléfono:			$\overline{}$				1



Injury Informacion

PATIENT #	‡					
Nombre:	RUDY ROJAS		SSN:	XXX-XX0998		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE#				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	Colo do Emanos	29			Yes	No
Estuvo en 18	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	lo manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratar	miento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/26/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998

INFORMACIÓN DEL DOLOR

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

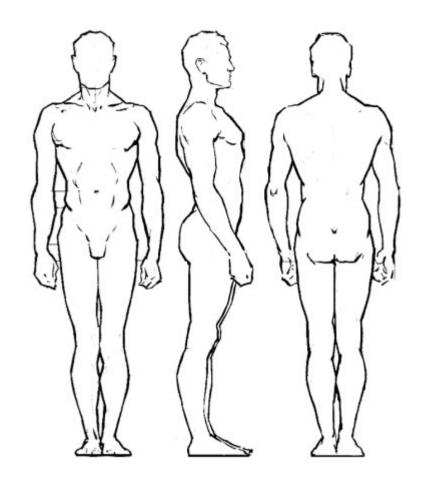
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

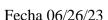
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #									
Nombre :	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998						
FORMA DE	FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO								
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEN TRATAMIEN	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI- NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y (EPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR SIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,						
SI MENOR:									
	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:								





PATIENT #							
Nombre:	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998				
AVISO DE I	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.

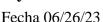
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	<u>}</u>		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para	enviarle
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 nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	d para los servicios sobredich	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 06/26/23

PATIENT #						
Nombre:	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998			

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:	RUDY ROJAS	SSN:	XXX-XX0998			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente : Firma:					
	Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					