

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/21/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

MARIO MORALES

#### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MARIO MORALES	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	327 E 33RD STREET	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90011	FDN:	08/30/1987		
Teléfono:	(323)674-6555	Edad:	35		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	04/26/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN					
Nombre:	CHAN, MATTHEW	Partes del cuerpo	:		
Direccion:					
Ciudad, Zip:	GLENDALECA				
Teléfono:	(818)502-2050	Dx:			
INFORMACIÓN 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 l	Beneficios		
Yo authorizo a	a West-Star Physical Therapy para que pr	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en		
	uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	Star Physical Th	erapy reciba el pago directo de los		
		06/21/23			

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	C#				
Nombre:	MARIO MORALES	SSN:	XXX-XX	X9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Duganta un dé	is tini as de O homas, avientas homas la h	eeen En iin	dia normal, Cuánta	s horas hace el o s	igniente
Sentarse:	ía típico de 8 horas, cuántas horas le h Horas		erse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		inarse/que dobla:		Horas
	Horas		llamiento:		Horas
Caminar:			nzar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		nzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un	El torc			Horas
Día Normal/Turno	. Horas				$\rightarrow$
Semana:	Horas	Arrastı			Horas
Scilialia.	Tiorus		ir de la escalones:		Horas
			ir de la escalera:		Horas
			o una computadora:		Horas
		Usande	o el teléfono:		Horas
		Empuj	ando:		Horas
		Jalando	o:		Horas
		Cargar	ndo cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	5:			) [	
11 lbs a 25 lbs:	:			{ }	$\exists$
26 lbs a 50 lbs:	:				7
51 lbs a 75 lbs:	:			1	
76 lbs a 100 lb	s:			ĺ	
más de 100 lbs	s:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:			) [	
Movimiento re	epetidor de pies :			{ }	$\exists$
El agarrar de la	a energía:			{ }	$\exists$
Dirección de la	a precisión:				7
Equilibrio:				1	1
	de la computadora/del cojín de tacto :			ĺ	1
Trabajo sincro	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono :			ĺ	7



# **Injury Informacion**

PATIENT #							
Nombre:	MARIO MORALES		SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Estuvo en la Sala de Emergencia?						
Si no fue a ur	Si no fue a un cuarto de emergencia, se presento en algún otro tipo de centro médico?						
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?						
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 06/21/23

PATIENT #

Nombre:	MARIO MORALES	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

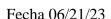
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

O
L





Nombre:	MARIO MORALES	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.

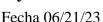
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





DATERIT #

FAIIENI#	•			
Nombre:	MARIO MORALES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para en	nviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	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 06/21/23

PATIENT #			
Nombre:	MARIO MORALES	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:	MARIO MORALES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			