

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/06/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS

## WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641
Direccion:	11311 WEBER AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92555	FDN:	12/19/1983
Teléfono:	(951)216-9335	Edad:	39
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/09/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	MIRZAIANS, ARBI	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11682 ATLANTIC AVE		
Ciudad, Zip:	LYNWOODCA90262		
Teléfono:	(310)537-7600	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	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 Personal	y Asignacion de	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 mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	erapy reciba el pago directo de los
		04/06/23	

Fecha firmada



# INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 04/06/23

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	JOSE ROBERTO BARRERA CON	TRERAS	SSN:		XXX-XX86	541	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
							)
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	)					
D 1/	Z 1 01 Z 1 1 1 1		En un d	dia normal	Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas	cen		rse en cuclil		oras nace er o si	Horas
				narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:			Horas
Caminar:	Horas			ızar para arri	ha:		Horas
Manejar:	Horas			ızar hacia fu			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		cia.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas						$\rightarrow$
Semana:	Horas		Arrastre				Horas
Scinaria.	Horas			de la escalo			Horas
				de la escale			Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:	:			Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:					}		<b></b>
26 lbs a 50 lbs:					}		<b>₹</b>
51 lbs a 75 lbs:			$\overline{}$				
76 lbs a 100 lbs	5:		$\overline{}$				
más de 100 lbs:	:						
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento rej	petidor de manos:						
Movimiento rej	petidor de pies :				}		<b></b>
El agarrar de la	energía:		$\overline{}$		}		$\exists \vdash$
Dirección de la	precisión:				$\longrightarrow$		1
Equilibrio:					$\longrightarrow$		1
	le la computadora/del cojín de tacto :		$\overline{}$		$\overline{}$		
Trabajo sincror	nizado para la eficacia :		$\overline{}$				
Computadora s	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		1



# **Injury Informacion**

Fecha 04/06/23

PATIENT #	ŧ					
Nombre :	JOSE ROBERTO E	SARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE#				
Describa brev	remente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o 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	lico por la misma lesión				
	sta reciviendo tratan n, favor llenar lo sig	niento medico por la guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono			·	·		



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/06/23

PATIENT #

Nombre:

JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS

SSN:

XXX-XX8641

# INFORMACIÓN DEL DOLOR #

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

A = Doloresches

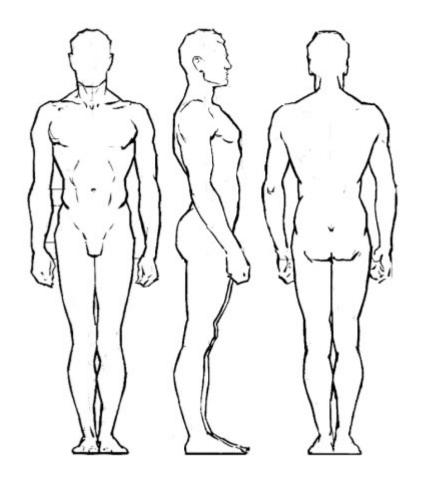
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





#### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 04/06/23

PATIENT #			
Nombre:	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641
		l	

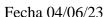
#### FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

#### SI MENOR:

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	

## **Notice of Privacy Practices**





**PATIENT #** 

Nombre:	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641

## 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.

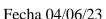
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

## **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #

Nombre :	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	r nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de le encontrar interesante en el tratamiento y la guien le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud 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.

# WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

## **Notice of Privacy Practices**

Fecha 04/06/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641

## **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



# **Notice of Privacy Practices**

Fecha 04/06/23

PATIENT #				
Nombre :	JOSE ROBERTO BARRERA CONTRERAS	SSN:	XXX-XX8641	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			