

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/21/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ERICA GUERRERO

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

Nombre:	ERICA GUERRERO	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	6305 ZINDELL AVE UNIT D	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	COMMERCECA90040	FDN:	06/14/1975		
Teléfono:	(562)407-4813	Edad:	48		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	02/01/2023	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN					
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	para Proporcionar Informacion Personal	v Asignacion de	Beneficios		
Authorizacion para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 08/21/23					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE:	#					
Nombre:	ERICA GUERRERO	SS	N:	XXX-XX9	9999	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	0				
Sentarse: Pararse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas Horas	El El	un dia norm ponerse en cu inclinarse/que rodillamiento	e dobla:	noras hace el o si	guiente Horas Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas	El	alcanzar para	arriba:		Horas
Día Normal/Turno: Semana:	Horas Horas Horas se requiere que levante	El Ar El Us Us En	alcanzar hacia torcer: rastre: subir de la esc ando una com ando el teléfo apujando: ando: rgando cosas re A n	calones: calera: nputadora: ono:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
más de 100 lbs: Mi trabajo in Movimiento rep Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de	cluye etidor de manos: etidor de pies : energía:	Constantement	e An	nenudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre :	ERICA GUERRERO)	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	.?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?				
Se tomaron ra	nyos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	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 08/21/23

PATIENT #

Nombre: ERICA GUERRERO 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

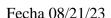
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ERICA GUERRERO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TF CFRTIFICO	OUF FULA POR MUPROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO 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		
	NTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		NO GUARANT	IZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJOKE. FZ	DQ		
CLATENOD			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma		





Nombre:	ERICA GUERRERO	SSN:	XXX-XX9999	
---------	----------------	------	------------	--

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.

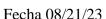
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ERICA GUERRERO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	ı salud será utiliza	nda por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informació encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información o er de interés a usted**	o y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base o	de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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.



Fecha 08/21/23

PATIENT #			
NT 1		1	
Nombre:	ERICA GUERRERO	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:	ERICA GUERRERO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:_			
	Fecha:			