

## INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre :	ISIDORO AGUILAR	SSN :	XXX-XX-9999
Direccion :	5437 RAYBORN STREET	Sexo :	M
Ciudad, Zip:	LYNWOOD,CA,90262	FDN :	02/14/1949
Teléfono :	(310)780-8898	Edad:	73
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			

## INFORMACION DEL PACIENTE #

Fecha::	08/04/2014	Post-cirugia :	
Tipo :	WC	FDC:	

## DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre :	BORDEN, PETER	Partes del cuerpo :	
Direccion :	23456 HAWTHORNE BLVD STE #200		
Ciudad, Zip:	TORRANCE,CA,90505		
Teléfono :	(310)375-8700	Dx:	

## INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre :		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	

## INFORMACIÓN DE EMPLEO :

Nombre :		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	

## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA

## INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA

Nombre :		Nombre :	
Direccion :		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo :		Tipo :	

## PACIENTE #

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

## INFORMACION DEL TRABAJO #

Cargo:

Descripción de las funciones:

## DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO

Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen...

Sentarse:

Horas

Pararse:

Horas

Caminar:

Horas

Manejar:

Horas

Cuántas horas trabaja en un...

Día Normal/Turno:

Horas

Semana:

Horas

En un día normal, Cuántas horas hace el o siguiente...

El ponerse en cuclillas:

Horas

El inclinarse/que dobla:

Horas

Arrodillamiento:

Horas

El alcanzar para arriba:

Horas

Usando una computadora:	<input type="text"/>	Horas
Usando el teléfono:	<input type="text"/>	Horas
Empujando:	<input type="text"/>	Horas
Jalando:	<input type="text"/>	Horas
Cargando cosas pesadas:	<input type="text"/>	Horas

En mi trabajo se requiere que levante...	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11 lbs a 25 lbs:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26 lbs a 50 lbs:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51 lbs a 75 lbs:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
76 lbs a 100 lbs:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
más de 100 lbs:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mi trabajo incluye..	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Movimiento repetidor de pies :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El agarrar de la energía:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de la precisión:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equilibrio:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajo sincronizado para la eficacia :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computadora simultánea y teléfono :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PATIENT #**

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

**INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #**

Describa brevemente su accidente: :

**Yes**

**No**

Estuvo en la Sala de Emergencia?

Si no fue a un cuarto de emergencia, se presento en algún otro tipo de centro médico?

Se tomaron rayos x?

Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?

Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?

Esta recibiendo tratamiento medico por la misma lesión

Si todavía esta recibiendo tratamiento medico por la  
misma lesión, favor llenar lo siguiente?

Nombre :

Direccion :

Ciudad, Zip:

Teléfono

PATIENT #

---

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

**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 01/31/23

PATIENT #

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

### 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 TERAPEUTA 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 GARANTIZAR 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

Fecha 01/31/23

PATIENT #

---

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

### 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 exámenes 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 exámenes 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 prove







## Notice of Privacy Practices

Fecha 01/31/23

PATIENT #

---

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

### 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

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



## Privacy Practices Acknowledgement

Fecha 01/31/23

PATIENT #

---

Nombre :

ISIDORO AGUILAR

SSN:

XXX-XX-9999

### PRIVACY ACKNOWLEDGMENT INFORMATION

---

Paciente :

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_