

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/21/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323
Direccion:	1352 E 61TH STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90001	FDN:	02/01/1971
Teléfono:	(213)798-0915	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	10/11/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerpo	:
Direccion:	2300 W BEVERLY BLVD STE 208		
Ciudad, Zip:	MONTEBELLOCA90640		
Teléfono:	(323)237-8400	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	ON 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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		07/21/23	
IGNACIO D	OMINGUEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ		SSN:		XXX-XX6	323	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
D							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO					
			En va di	io nomeol	Cuántas la	omos boso al a si	avianta
	a típico de 8 horas, cuántas l	oras le hacen		se en cuclil		oras hace el o si	Horas
Sentarse:	Horas			arse/que do			Horas
Pararse:	Horas		Arrodilla	_	π.		Horas
Caminar:	Horas				ناء م		Horas
Manejar:	Horas			zar para arr zar hacia fu			\rightarrow
Cuántas hora	as trabaja en un				iera:		Horas
Día N. 1/T	Horas		El torcer:				Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre:				Horas
Semana.	Horas			de la escalo			Horas
			El subir o	de la escale	era:		Horas
			Usando u	una comput	tadora:		Horas
			Usando e	el teléfono:			Horas
			Empujan	ıdo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargando	o cosas pes	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	c Constan	temente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:						
11 lbs a 25 lbs:			\longrightarrow			-	
26 lbs a 50 lbs:		}	<u> </u>			-	
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs:							
Mi trabajo ir	ncluye	Constan	temente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
_	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:			(
	e la computadora/del cojín de	acto:] [[-	
	nizado para la eficacia :				[
Computadora s	imultánea y teléfono:			ı			



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	IGNACIO DOMING	UEZ	SSN:	XXX-XX6323		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1s	a Sala de Emergencia	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron			•			
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						$\overline{}$



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/21/23

PATIENT #

Nombre: IGNACIO DOMINGUEZ SSN: XXX-XX6323

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

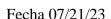
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O CZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y LAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIENDO FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323

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.

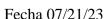
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #	£			
Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
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 de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De	e nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	l para los servicios sobre	edichos.

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 07/21/23

PATIENT #					
Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323		

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 #	ł .			
Nombre:	IGNACIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX6323	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			