

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1201 S GILBERT ST APT 27	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	FULLERTONCA92833	FDN:	01/06/1969
Teléfono:	(714)476-8033	Edad:	54
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(310)259-0988		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/28/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408		
Teléfono:	(323)435-4523	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	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/22/23	
RUFINO MI	RAFLOR ALVARADO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 06/22/23

PACIENTE	#									
Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO		SSN:		XXX-XX9	9999				
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #									
Cargo:										
Descripción de	Descripción de las funciones:									
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	<u> </u>								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRADAJO	<u> </u>								
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen		dia normal, (rse en cuclill		horas hace el o si	guiente Horas			
Pararse:	Horas		El inclir	narse/que dol	bla:		Horas			
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas			
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arril	ba:		Horas			
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcan	ızar hacia fue	era:		Horas			
Día			El torce	r:			Horas			
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	1*			Horas			
Semana:	Horas		El subir	de la escalor	nes:		Horas			
			El subir	de la escalei	ra:		Horas			
			Usando	una computa	adora:		Horas			
			Usando	el teléfono:			Horas			
			Empuja	ndo:			Horas			
			Jalando	:			Horas			
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas			
En mi trabajo	o se requiere que levante	Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca			
10 lbs o menos:										
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				1			
26 lbs a 50 lbs:										
51 lbs a 75 lbs:										
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:										
mas de 100 los.										
Mi trabajo in	icluye	Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca			
	petidor de manos:									
Movimiento rep										
El agarrar de la] []			
Dirección de la Equilibrio:	precision:						 			
	e la computadora/del cojín de tacto :						{			
	izado para la eficacia:	}					{ }			
	multánea y teléfono :						{			



Injury Informacion

Fecha 06/22/23

PATIENT:	#					
Nombre:	RUFINO MIRAFLO	R ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa bre	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
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 lesio	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direction:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/22/23

PATIENT #

Nombre:

RUFINO MIRAFLOR ALVARADO 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

Firma:

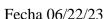
Firma:

Testigo(a):

Fecha 06/22/23

PATIENT #	‡			
Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENTO QUE EL SE COMUNICARA CON MAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COSTO	AMIENTO ICO Y QUI OMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM UTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA O QUE SERE EVALUADO(A) PO DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIE PARA OBTENIR AUTORIZACIO PRENDO QUE YO NO PUEDO RI CION FIRMADA MI MEDICO. AD	O QUE YO ES MI R UN ENTO. DN PARA ECIBIR DEMAS,
SI MENOR	9 .0			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			

Nombre de la Persona tomando los datos:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	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.

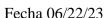
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	zada 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 d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra base de	datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	d para los servicios sobredichos.	

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

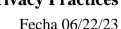
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





TD 4	1 717	T T T	$\Gamma \perp \mu$
1		 1 N I	111

Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	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



Fecha 06/22/23

PATIENT #							
Nombre:	RUFINO MIRAFLOR ALVARADO	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_						
	Fecha:_						
	Firma:						
	Fecha:						