

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922
Direccion:	4261 E COMPTON BLVD	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	COMPTON,CA,90221	FDN:	07/12/1968
Teléfono:	(562)259-3581	Edad:	54
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/21/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4511 ROSEMEAD BLVD.		
Ciudad, Zip:	PICO RIVERA,CA,90660		
Teléfono:	(562)695-2282	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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 Personal	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		02	2/02/23
MIGUEL RA	AMIREZ.		echa firmada



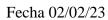
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 02/02/23

PACIENTE #						
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	:	SSN:	XXX-XX-8922		
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO				
Duranta un d	lía típica da 9 haras	quántos horas la hacen				
Sentarse:	na tipico de 8 noras	, cuántas horas le hacen				
Pararse:		Hor				
Caminar:		Hor				
Manejar:	ls trabaja en un	Hor	ras			
Día Normal/		Hot	ras			
Semana:		Hor				
			ras			
En un dia no	rmal, Cuántas hora	s hace el o siguiente				
El ponerse en	n cuclillas:	Hor	ras			
El inclinarse	/que dobla:	Hor	ras			
Arrodillamie	ento:	Hor	ras			
El alcanzar p	oara arriba:	Hor	ras			
El alcanzar h	nacia fuera:	Hor	ras			
El torcer:		Hor	ras			
Arrastre:		Hor	ras			
El subir de la	a escalones:	Hor	ras			
El subir de la	a escalera:	Hor	ras			

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:				
11 lbs a 25 lbs:				
26 lbs a 50 lbs:				
51 lbs a 75 lbs:				
76 lbs a 100 lbs:				
más de 100 lbs:				
Mi trabajo incluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :				
El agarrar de la energía:				
Dirección de la precisión:				
Equilibrio:				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				







PATIENT 7	#					
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ		SSN:	XXX-XX-8922		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
T		0			Yes	No
Estuvo en I	a Sala de Emergencia					
Si no fue a	un cuarto de emerger	icia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ecidente de auto, pudo	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	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/02/23

PATIENT #

Nombre: MIGUEL RAMIREZ SSN: XXX-XX-8922

### 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



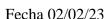


### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/02/23

PATIENT #				
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE CO Y QUE DE PRENDO ERTIFICAD SE PLICADAS MEDICO FOR IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YOOBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MIDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION YOO Y QUE LA EVALUACION YOO A MIDO ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #				
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1	de		
2)				

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

#### 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.

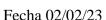
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 c	le		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información d encontrar interesante en el tratamiento y l nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	para los servicios sobredicho	os.

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.



#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 02/02/23

PATIENT #				
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922	

#### **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 02/02/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	MIGUEL RAMIREZ	SSN:	XXX-XX-8922	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			