

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SANTA ANA

	DODEDTO AVIII A 141145	1	[
Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	8412 SLATER AVE APT A	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	HUNTINGTON BEACHCA92647	FDN:	02/02/1976
Teléfono:	(657)877-9037	Edad:	47
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/08/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	ıl v 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 t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		08/16/23	
ROBERTO	AVILA JAIME	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	SAJO					
			En 110 d	lio noma al	Cuéntos h	omas bass al o si	avianta
	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen		rse en cucli		oras hace el o si	Horas
Sentarse:	Horas			narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	π.		Horas
Caminar:	Horas				i la o i		Horas
Manejar:	Horas			ızar para arr ızar hacia fu			\rightarrow
Cuántas hora	as trabaja en un				iera:		Horas
Día N. 1/T	Horas		El torce				Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre				Horas
Semana.	Holas			de la escalo			Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pes	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	temente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		\longrightarrow		\exists
26 lbs a 50 lbs:		—	$\overline{}$		}		1
51 lbs a 75 lbs:			$\overline{}$				
76 lbs a 100 lbs	3:						
más de 100 lbs:	:						
Mi trabajo ir	ncluye	Constant	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 tacto :)				
	nizado para la eficacia:				[
Computadora s	imultánea y teléfono:)] [



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre :	ROBERTO AVILA	AIME	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Г. 1		0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	1.7				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	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 lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/16/23

PATIENT #

Nombre: ROBERTO AVILA JAIME SSN: XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

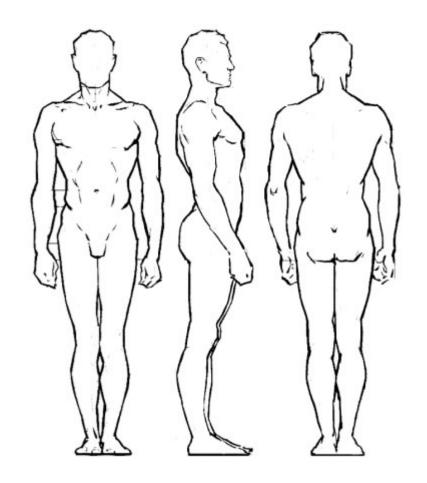
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

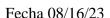
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPRENI MI TRATAL TRATAMIE	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 ZDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICADA MEDICO DE MEDICO DE LEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO DE FISIOTERAPIA ES OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES DO QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	S MI UN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR:				
El	Relacion:			_ _
	Fecha:			





TD A	COTTON TOO	- 11
PA	TIENT	#

Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME	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.

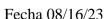
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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

Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal pa	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y le mbién le podemos enviar información que de de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	para los servicios sobredic	rhos.

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 08/16/23

Nombre:	ROBERTO AVILA JAIME	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:	ROBERTO AVILA JAIME	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			