

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/25/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MARIO QUINTEROS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1910 SOUTH HOBART BLVD	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90018	FDN:	05/30/1959
Teléfono:	(323)273-8203	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/28/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASIMIAN, STEPAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1505 WILSON TERRACE STE 315		
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91205		
Teléfono:	(310)859-3422	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 Personal	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.	oporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/25/23	
MARIO QU	INTEROS	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#							
Nombre:	MARIO QUINTEROS	SSN:	XXX-XX	9999				
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0						
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	acen En un d	ia normal, Cuántas	horas hace el o si	guiente			
Sentarse:	Horas		rse en cuclillas:		Horas			
Pararse:	Horas	El inclin	arse/que dobla:		Horas			
Caminar:	Horas	Arrodill	amiento:		Horas			
Manejar:	Horas	El alcan	zar para arriba:		Horas			
		El alcan	zar hacia fuera:		Horas			
	as trabaja en un	El torce	[:		Horas			
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastre			Horas			
Semana:	Horas		de la escalones:		Horas			
			de la escalera:		Horas			
			una computadora:		Horas			
			el teléfono:		$\dashv$			
					Horas			
		Empuja		Horas				
		Jalando:			Horas			
		Cargand	o cosas pesadas:		Horas			
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca			
10 lbs o menos	:							
11 lbs a 25 lbs:					1			
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs	2:							
más de 100 lbs:	:							
Mi trabajo ii	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca			
Movimiento rep	petidor 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 s	imultánea y teléfono:							



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	MARIO QUINTERO	S	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Sala de Emergencia	7			Yes	No
		 icia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/25/23

PATIENT #

Nombre: MARIO QUINTEROS 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

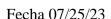
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARIO QUINTEROS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FULA POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			OUE YO
	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			Ю.
	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			
MEJORE. F				
SI MENOR:				
T21	Nambra da Padra O Cuardian dal Pagianta			
EI	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			_
	Firma:			_
	Fecha:			_
	Testigo(a):			_
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firma:			_





PATIENT #					
		1			
Nombre:	MARIO QUINTEROS	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.

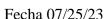
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIO QUINTEROS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal par	a 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 s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 07/25/23

PATIENT#					
Nombre:	MARIO QUINTEROS	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:	MARIO QUINTEROS	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO	N				
	Pacient					
	Firm					
	Fech	la:				
	Firm	na:				
	Fech	na:				