

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/30/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR RIVERSIDE

Nombre:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003
Direccion:	4039 ZIMMERMAN STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	RIVERSIDE,CA,92505	FDN:	05/21/1961
Teléfono:	(714)270-8043	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/01/2021	Post-cirugia :	
Tipo :	WC	FDC:	
INFORMAC Nombre: Direction:	TABIBIAN, SAM B. 4849 VAN NUYS BLVD., SUITE 205	Partes del cuerpo	:
Nombre:	TABIBIAN, SAM B.	Partes del cuerpo	:
Direccion:]	
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKS,CA,91403]	
Teléfono:	(818)905-3355	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	01/30/23
JOSE HERNANDEZ	Fecha firmada



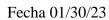
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 01/30/23

PACIENTE #					
Nombre:	JOSE HERNANDEZ	Z	SSN:	XXX-XX-3003	
INFORMAC	CION DEL TRABA	Т О#			
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DI	EL TRABAJO			
Durante un c	lía típico de 8 horas	, cuántas horas le hacen.			
Sentarse:		Hora	as		
Pararse:		Hor	as		
Caminar:		Hor	as		
Manejar:		Hora	as		
Cuántas hora	as trabaja en un				
Día Normal/	Turno:	Hora	as		
Semana:		Hora	as		
En un dia no	ormal, Cuántas horas	s hace el o siguiente			
El ponerse e	n cuclillas:	Hora	as		
El inclinarse	/que dobla:	Hora	as		
Arrodillamie	ento:	Hora	as		
El alcanzar p	para arriba:	Hora	as		
El alcanzar l	nacia fuera:	Hora	as		
El torcer:		Hora	as		
Arrastre:		Hora	as		
El subir de la	a escalones:	Hor	as		
El subir de la	a escalera:	Hora	as		

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 #	!					
Nombre:	JOSE HERNANDE	Z	SSN:	XXX-XX-3003		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				T 7	
Estuvo en la	ı Sala de Emergenci	a?			Yes	No
Si no fue a u	ın cuarto de emerge	encia, se presento en algú	ín otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, puc	lo manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratar	miento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Toláfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/30/23

PATIENT #

Nombre: JOSE HERNANDEZ SSN: XXX-XX-3003

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

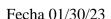




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 01/30/23

PATIENT #				
Nombre:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003	
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 CO 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 CO	MIENTO I ICO Y QUI IMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO SIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	Λ
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #					
Nombre:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003		

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.

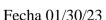
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal para	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 nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredich	10S.

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 01/30/23

PATIENT#				
Nombre:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003	

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



Fecha 01/30/23

PATIENT #				
Nombre:	JOSE HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-3003	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			