

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	MARIO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382
Direccion:	506 W BAKER AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	FULLERTONCA92832	FDN:	01/20/1971
Teléfono:	(714)643-3319	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	04/17/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	0:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	ZIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI 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 Persor	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_
		08/16/23	
MARIO CR	UZ LOPEZ	Fecha fir	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	MARIO CRUZ LOPEZ		SSN:		XXX-XX4	4382	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	Ю					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	nacen				horas hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cuclill			Horas
Pararse:	Horas			narse/que dol	bia:		
Caminar:	Horas			lamiento:	1		Horas
Manejar:	Horas			ızar para arri ızar hacia fue			Horas Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		era.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas						Horas
Semana:	Horas		Arrastre	de la escalo:	200		Horas
				de la escalo			Horas
				una computa			Horas
				el teléfono:	auora.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
				do cosas pesa	adas.		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constante		A menu		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 ii		Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :		$\overline{}$		$\overline{}$		1
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	a la computadora/dal cai/- 4- tt-						
	e la computadora/del cojín de tacto : nizado para la eficacia :						{
	imultánea y teléfono :				-		\downarrow



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIO CRUZ LOPI	ΞZ	SSN:	XXX-XX4382		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				**7	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		·· icia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/16/23

PATIENT #

Nombre: MARIO CRUZ LOPEZ SSN: XXX-XX4382

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

A = Doloresches

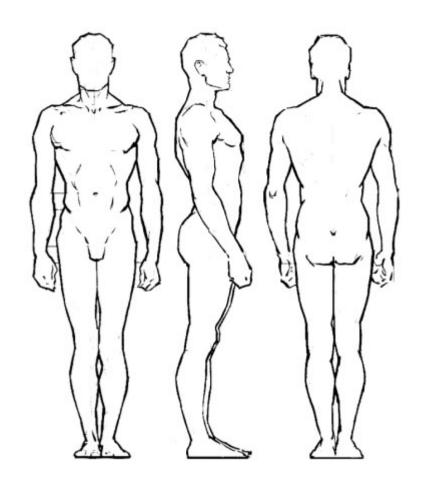
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

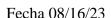
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	MARIO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382	
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 EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO	MIENTO I ICO Y QUE IMPRENDO ERTIFICAL XPLICADA I MEDICO I IEN COMP ITORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y IS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECII ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma:Fecha:			- - - -





n		T	THE RES	76.7		ш
r	A	ж	LL	ΙN	1	#

Nombre:	MARIO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382

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.

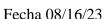
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal par	ca 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 s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	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 08/16/23

PATIENT #					
Nombre:	MARIO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382		

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 CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX4382	
DDIVA CV A	CUNIONI EDCMENT INFORMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			