

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/12/2020

# INFORMACION DEL PACIENTE #

### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	900 SOUTH KINGSLEY DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90006	FDN:	03/01/1974
Teléfono:	(213)352-6753	Edad:	48
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/15/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q'INFORMAC  Nombre:	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN GRAVORI, TOORAJ	Partes del cuerpo	·
Direccion:	16311 VENTURA BLVD STE 1065		
Ciudad, Zip:	ENCINO,CA,91436	_	
Teléfono:	(310)278-7000	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#:		
	ve proporcione la informacion pertinente a este accidente en Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los		



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	2 #				
Nombre:	YULY CARRISOZ	A	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	<b>AJO</b> #			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO			

During: Hoa typical 8 hour day, How malthootusrs do you					
Sentarse:		Horas			
Pararse:		Horas			
Caminar:		Horas			
Manejar:		Horas			
Cuántas horas trabaja en un					
Día Normal/Turno:		Horas			
Semana:		Horas			
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o si	iguiente			
El ponerse en cuclillas:		Horas			
El inclinarse/que dobla:		Horas			
Arrodillamiento:		Horas			
El alcanzar para arriba:		Horas			
El alcanzar hacia fuera:		Horas			
El torcer:		Horas			
Arrastre:		Horas			
El subir de la escalones:		Horas			
El subir de la escalera:		Horas			
Usando una computadora:		Horas			
Usando el teléfono:		Horas			
Empujando:		Horas			
Jalando:		Horas			
Cargando cosas pesadas:		Horas			
En mi trabajo se requiere que l	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:					

1

A



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	YULY CARRISOZA	1	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				*7	
Estuvo en la	Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron		norm, so prosento en mga				
		o manejar el vehículo de	aspuás dal accida	nta?		
				inte:		
Ha tenido al	gun accidente anteri	ior en la misma parte de	I cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
	sta reciviendo tratan n, favor llenar lo sig	niento medico por la guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/12/2020

PATIENT #

Nombre: YULY CARRISOZA SSN: XXX-XX-9999

### 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

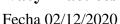
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				_
Nombre :	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999	_
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			_
VOLUNTAI PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAI TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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 MPRENDO ERTIFICADA MEDICO I IEN COMPITORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y LS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR:				
EU	Firma: Fecha:			
	1 tolliolo de la 1 cisolia tolliando los datos.			





PATIENT #				
Nombre:	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Pagin	na (1 de		
2)				

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.

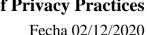
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	3
usted puede nosotros tan	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	l para los servicios sobredichos.	

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 02/12/2020

PATIENT#						
Nombre:	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999			

### 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



PATIENT #	:			
Nombre:	YULY CARRISOZA	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			