

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/15/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

SANTOS AYALA

### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	SANTOS AYALA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	1021 W 42ND PL APT 2	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90037	FDN:	10/31/1986	
Teléfono:	(323)387-8395	Edad:	36	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	08/25/2022	Post-cirugia :		
Tipo:	One Call	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	HANNANI, KAMBIZ	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	1135 S SUNSET AVE, #209			
Ciudad, Zip:	WEST COVINACA			
Teléfono:	(626)939-5900	Dx:		
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	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#:		
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	l y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.				
		06/15/23		

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #									
Nombre:	SANTOS AYALA		SSN:		XXX-XX9	9999			
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	ABAJO							
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas hora	as le hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	llas:	horas hace el o si	guiente Horas		
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:	π.		Horas		
Manejar:	Horas		El alcar	ızar para arr	iba:		Horas		
	as trabaja en un		El alcar	ızar hacia fu	era:		Horas		
Día			El torce	r:			Horas		
Normal/Turno:			Arrastre	2:			Horas		
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas		
			El subir	de la escale	era:		Horas		
		Usando	Usando una computadora:			Horas			
			Usando el teléfono:			Horas			
			Empujando:			Horas			
			Jalando:			Horas			
			Cargando cosas pesadas:			Horas			
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca		
10 lbs o menos	•								
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$						
26 lbs a 50 lbs:									
51 lbs a 75 lbs:									
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs							<b></b>		
Mi trabajo ii	Ť	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca		
	petidor de manos:								
El agarrar de la	petidor de pies :						<b> </b>		
Dirección de la							_{ }		
Equilibrio:	. procession.	<u> </u>					<b>-</b>		
_	le la computadora/del cojín de tact	o:					<b></b>		
	Trabajo sincronizado para la eficacia :						$\exists \vdash$		
Computadora simultánea y teléfono :							<u> </u>		



## **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	SANTOS AYALA		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron r	ayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?					
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/15/23

PATIENT #

Nombre: SANTOS AYALA SSN: XXX-XX9999

### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

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

A = Doloresches

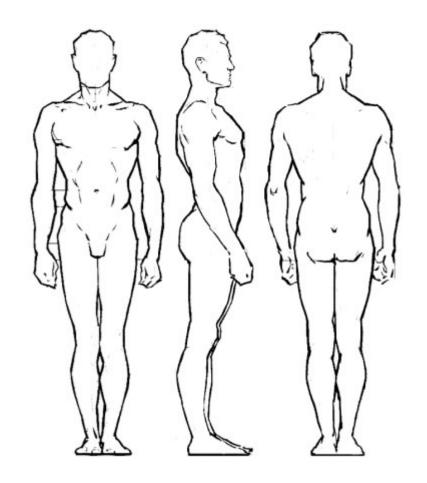
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

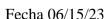
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	SANTOS AYALA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VO SOV D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CEDTII	EICO OLIE ELII A DOD MI DDODIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			VO
				10
	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			
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			*
COMPRENI	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	RANTIZAR QUE MI CONDICION ACTU	JAL
MEJORE. F.	zDQ			
SI MENOR:				
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Firma:			





PATIENT #							
Nombre:	SANTOS AYALA	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	<b>D</b> Pagina (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.

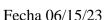
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	SANTOS AYALA	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de lencontrar interesante en el tratamiento y la sién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud para	los servicios sobredichos.

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 06/15/23

PATIENT #					
Nombre :	SANTOS AYALA	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:	SANTOS AYALA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					