

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/18/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	VICTOR MARADIAGA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2561 S MANHATTAN PLACE 20	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90018	FDN:	03/19/1989
Teléfono:	(323)408-4090	Edad:	34
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(323)408-4090		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/01/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	14350 E. WHITTIER BLVD., #102		
Ciudad, Zip:	WHITTIERCA90605		
Teléfono:	(562)698-0025	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 Persona	ıl y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Tl	_
		07/18/23	
VICTOR M	ARADIAGA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	VICTOR MARADIAGA		SSN:	X	(XX-XX99	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAB	SAJO					
	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen				oras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas			rse en cuclilla narse/que dob			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	1a:		Horas
Caminar:	Horas						Horas
Manejar:	Horas			ızar para arrib ızar hacia fue			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		ıa.		Horas
Día Normal/Turno:	. Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			· de la escalon	195.		Horas
				de la escalera			Horas
				una computa			Horas
				el teléfono:	dora.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
				do cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant		A menuc		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					\longrightarrow		\downarrow
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menuo	do	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la energía:							
Dirección de la Equilibrio:	precision:						{
	le la computadora/del cojín de tacto :				}		{
	Trabajo sincronizado para la eficacia :				{ }		{ }
Computadora simultánea y teléfono :					\longrightarrow		{



Injury Informacion

PATIENT #	‡					
Nombre:	VICTOR MARADIA	GA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	Colo do Emagancia	-0			Yes	No
Estuvo en 18	a Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión					
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/18/23

PATIENT #

Nombre: VICTOR MARADIAGA 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

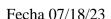
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	VICTOR MARADIAGA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E 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 EXIDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	MIENTO I ICO Y QUI OMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO SIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIZION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N D. ARA IR AS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #				
Nombre:	VICTOR MARADIAGA	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.

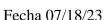
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	VICTOR MARADIAGA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informaci su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacio	e datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	ación de la salud	l 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 07/18/23

PATIENT#					
Nombre:	VICTOR MARADIAGA	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 #	<u> </u>			
Nombre:	VICTOR MARADIAGA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			