

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/22/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	SSN:	XXX-XX9999
Direction:	504 S BONNIE BREA #417	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90057	FDN:	03/13/1997
Teléfono:	(213)653-4997	Edad:	26
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/18/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	FATEHI, MELODY	Partes del cuerp	0:
Direccion:	8264 SANTA MONICA BLVD		
Ciudad, Zip:	WEST HOLLWYOODCA90046		
Teléfono:	(323)522-2222	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN 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 Perso	— nal y Asignacion de	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que W mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		06/22/23	
DENIS FER	RNANDO LOPEZ PINEDA	Fecha fir	mada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 06/22/23

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEI	DA	SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO	0					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen	El pone	rse en cuclil	las:	noras hace el o si	Horas
Pararse:	Horas			narse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Horas			lamiento:	,		Horas
Manejar:	Horas			nzar para arri			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			nzar hacia fu	era:		Horas
Día Normal/Turno	. Horas		El torce Arrastre				Horas
Semana:	Horas			: : de la escalo	nec.		Horas
				de la escalo			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja	ando:			Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	jo 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:			$\overline{}$				{
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo i	ncluye	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la Equilibrio:	i precision:						{
	le la computadora/del cojín de tacto :						{
	nizado para la eficacia :						{ <b>}</b>
Computadora s	simultánea y teléfono:		$\overline{}$				1



# **Injury Informacion**

Fecha 06/22/23

PATIENT #						
Nombre:	DENIS FERNANDO	LOPEZ PINEDA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN O	ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	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 sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/22/23

PATIENT #

Nombre: DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA 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

Fecha 06/22/23

Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRES	ENTE CERTII	FICO OLIE FLILA POR MI PROPI	A
· ·	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRA			
PODRIA O I	NO TENER REFERENCIA DE UN ME	EDICO Y QUE	OBTENIENDO FISIOTERAPIA	ES MI
TRATAMIF.	NTO DE ELECCION YO TAMBIEN	COMPRENDO	OUE SERE EVALUADO(A) PO	RIIN

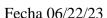
TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL

SI MENOR:

MEJORE. FzDQ

PATIENT #

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD A	TITLE TO	$\Gamma$ $\mu$
P/\		

Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	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.

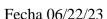
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre :	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliz	ada por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nues	tra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salu	d para los servicios sobredicho	os.

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;

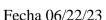
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

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.





TD A		L Trill	Ш
PA	 IIH.I	V	#

Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	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



Fecha 06/22/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	DENIS FERNANDO LOPEZ PINEDA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			