

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116
Direccion:	2153 E BLISS STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	COMPTON,CA,90222	FDN:	04/09/1954
Teléfono:	(310)895-1431	Edad:	68
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(310)895-1431]	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/13/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	YASHAR, PARHAM	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8436 W 3RD STE 800]	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90048]	
Teléfono:	(424)209-2669	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre :		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON 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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que paguranza lo requiera. Yo authoizo que Westmi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
			02/09/23
JOSE CARL	OS NUNEZ		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN	•	XXX-XX-7	7116	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO)				
	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha		un dia normal		noras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas		nclinarse/que d			Horas
Pararse:	Horas		odillamiento:	obia.		Horas
Caminar:	Horas		lcanzar para ar	riba:		Horas
Manejar:	Horas		lcanzar hacia f			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		orcer:	acia.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		stre:			Horas
Semana:	Horas		ıbir de la escal	lones:		Horas
			ıbir de la escal			Horas
			ndo una compu			Horas
			ndo el teléfono			Horas
		Emr	oujando:			Horas
		Jala	-			Horas
		Carr	gando cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente			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:			\rightarrow			{
Mi trabajo ii	ncluye	Constantemente	A mer	nudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:			_} [[
Dirección de la Equilibrio:	precision:		_{ }		<u> </u>	{
	le la computadora/del cojín de tacto :					{
	nizado para la eficacia:		\dashv	}	<u> </u>	{
	imultánea y teléfono :		\exists	\longrightarrow		



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	JOSE CARLOS NU	NEZ	SSN:	XXX-XX-7116			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	nente su accidente: :				Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a un	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?			
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?				
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión					
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la					
misma lesión, favor llenar lo siguiente?							
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/09/23

PATIENT #

Nombre: JOSE CARLOS NUNEZ SSN: XXX-XX-7116

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

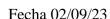
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA 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 CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE EMPRENDO ERTIFICADA EMEDICO I IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIRION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA R
SI MENOR: El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116

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.

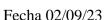
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116	
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	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informac u condición médica. De nuestra base d ella sólo Occidental información relacio	e datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 02/09/23

PATIENT #					
Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116		

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 #	t			
Nombre:	JOSE CARLOS NUNEZ	SSN:	XXX-XX-7116	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			