

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/03/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

JUAN LOPEZ

#### WESTSTAR HAWTHORNE

TACIENTE			
Nombre:	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	10917 WILMINGTON AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90059	FDN:	12/13/1952
Teléfono:	(323)823-3988	Edad:	70
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/27/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	JAMALI ASHTIANI, MARK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4477 W 118TH STREET 500		
Ciudad, Zip:	HAWTHORNECA90250		
Teléfono:	(213)465-0994	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	v Asignacion do	Reneficies
	a West-Star Physical Therapy para que pr	•	•
cuanto la aseg	uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		08/03/23	
		VO/V3/43	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE :	#				
Nombre:	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XXS	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#				
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
		- 1	1.0.4		
	típico de 8 horas, cuántas horas le h		a normal, Cuántas l se en cuclillas:	10ras hace el o si	Horas
Sentarse:	Horas	_			$\rightarrow$
Pararse:	Horas		arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodilla			Horas
Manejar:	Horas		ar para arriba:		Horas
Cuántas hora	as trabaja en un	El alcanz	ar hacia fuera:		Horas
Día	Horas	El torcer			Horas
Normal/Turno:		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas	El subir o	de la escalones:		Horas
		El subir o	de la escalera:		Horas
		Usando u	ına computadora:		Horas
		Usando e	el teléfono:		Horas
		Empujan	do:		Horas
		Jalando:			Horas
		Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que 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:					
Mi trabajo in	icluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:				
Movimiento rep	_				
El agarrar de la energía:					
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	e la computadora/del cojín de tacto :				
	izado para la eficacia :				_
Computadora si	multánea y teléfono :				



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JUAN LOPEZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN (	) 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	cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/03/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	JUAN LOPEZ	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

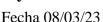
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAL PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO 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 NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FI CO Y QUE OBT MPRENDO QU ERTIFICADO Y YPLICADAS A I MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION I	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO TENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
ElN	Firma: Fecha:		





PATIENT #						
Nombre:	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	gina (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.

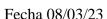
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (	(2 de					
Los Record	atorios de la cita: Su información de la sos de cita.	salud será utilizac	la por nuestro personal para	a enviarle			
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información qu er de interés a usted**	y la gestión de su	ı condición médica. De nue	estra base de datos,			
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salud	para los servicios sobredich	10S.			

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 08/03/23

PATIENT #						
Nombre :	JUAN LOPEZ	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:	JUAN LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente :					
	Firma:					
	Fecha:					
	_					
	Firma:_ Fecha:					