

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/15/23

### INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR MONTEBELLO

Nombre:	ABEL GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	13919 SECOND STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	WHITTIERCA90605	FDN:	01/23/1964
Teléfono:	(562)760-7267	Edad:	59
Telé trabajo :		 Email:	
Telé celular:		i	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	_	
Fecha::	02/07/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BURKE, RICHARD	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801		
Teléfono:	(714)991-3333	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		08/15/23	
ABEL GOMEZ Fecha firmada			nada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	ABEL GOMEZ		SSN:	X	XX-XX99	99	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO	) #					
Cargo:							
Descripción de	Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEI	_ TRABAJO					
	a típico de 8 horas, cuánta			lia normal, C		oras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:	Ho			arse/que dob			Horas
Pararse:		oras		amiento:	,iu.		Horas
Caminar:		oras		zar para arrib	na:		Horas
Manejar:		ras		zar hacia fue			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer				Horas
Día Normal/Turno:	Ho	ras	Arrastre				Horas
Semana:	Ho	oras		de la escalon	nes:		Horas
			El subir	de la escalera	a:		Horas
			Usando	una computa	ıdora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empujar	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargand	lo cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que leva	nte Constan		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					}		{
Mi trabajo in	ncluye	Constan	temente	A menud	do	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:							
Movimiento repetidor de pies :							
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:				[_		} [
Equilibrio: Uso del ratón d	e la computadora/del coiín	de tacto :			}		{ }
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :  Trabajo sincronizado para la eficacia :					{ }-		{
Computadora simultánea y teléfono :					$\longrightarrow$		{



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	ABEL GOMEZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pude	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 08/15/23

PATIENT #

Nombre:	ABEL GOMEZ	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

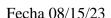
0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	ABEL GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEID Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MED ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CO DACION de EL TERAPEUTA SERAN E DO QUE EL SE COMUNICARA CON M MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA A DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA (FIZICA)	AMIENTO DA SICO Y QUE COMPRENDO CERTIFICADO A SILVENDO DE LA COMPRENDO DE LA C	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D'QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAPERENDO QUE YO NO PUEDO RECIBII ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA R
SI MENOR				
El	Firma: _ Fecha: _			





PATIENT #					
ABEL GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999			
-	ABEL GOMEZ	ABEL GOMEZ SSN:			

#### 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.

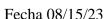
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ABEL GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviar	le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informació encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información o er de interés a usted**	o y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base	e de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 08/15/23

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