

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HOLLYWOOD

Nombre:	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497
Direccion:	1219 N BRONSON AVE APT 10	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90038	FDN:	01/12/1971
Teléfono:	(323)606-1763	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(323)606-1763		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/07/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ROOFIAN, SHAWN MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8500 WILSHIRE STE 102		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90211		
Teléfono:	(310)926-4922	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	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 Person	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseș	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		05/26/23	
ABELARDO	O CRUZ	- Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ABELARDO CRUZ		SSN:		XXX-XX5	6497	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	acen	El poner	lia normal, rse en cuclil arse/que do	las:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas			amiento:			Horas
Manejar:	Horas			zar para arri zar hacia fu			Horas Horas
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un Horas Horas		El torcer Arrastre El subir	r: : de la escalo	ones:		Horas Horas Horas
			Usando Usando Empujar Jalando:		tadora:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas
En mi trabaj 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:	:	Constant	emente	A ment	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A ment	udo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ABELARDO CRUZ		SSN:	XXX-XX5497		
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	in 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 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 sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/26/23

PATIENT #

Nombre:	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497

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

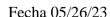
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO, SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO QUE FUI A POR MI PROPIA	
VOLUNTAI	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO D	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q	UE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			-
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. ,	
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			Ο.
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
COMPRENI	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION AC	CTUAL
MEJORE. F	zDQ			
SI MENOR:				
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			_
	Firma:			_
	Fecha:			- _
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firma			





PATIENT #					
		,			
Nombre:	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497		

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.

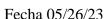
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
	ción sobre Tratamientos: Su información de	la salud pue	de ser utilizada para enviar	le información que
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 05/26/23

PATIENT #					
Nombre :	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497		
	ABELANDO CNOZ		^^^-^^3497		

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:	ABELARDO CRUZ	SSN:	XXX-XX5497	
DDIX/A CX/ A	CENOWI EDCMENT INFORMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			