

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

PHYSICAL THERAPY-NORTHRIDGE

Nombre:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	8616 WILLIS AVE # 202	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	VAN NUYS,CA,91402	FDN:	03/14/1974
Teléfono:	(818)579-6616	Edad:	48
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	01/27/2015	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN SWAN, BRIAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	3183 FAIRWAY AVE STE 104	rartes del cuerpo	•
Ciudad, Zip:	COSTA MESA,CA,92626		
Teléfono:	(714)824-2319	Dx:	
Telefolio.	<u> </u>	DA.	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:	PERSONNEL PLUS		
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono :			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA		INFORMACI MEDICA	ION SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	AIG/GALLAGHER BASSETT	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	AIG/GALLAGHER BASSETT
Yo authorizo cuanto la ase	n para Proporcionar Informacion Person 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	formacion pertinente a este accidente en
			01/25/23
JOSEFINA	ESCOBAR		Fecha firmada

INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA

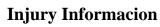


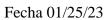
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 01/25/23

PACIENTE	#				
Nombre:	JOSEFINA ESCO	BAR	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMAC	ION DEL TRABA	JO #			
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES I	DEL TRABAJO			

During: Hoa typical 8 hour day	y, How malt	hootusrs do you			
Sentarse:		Horas			
Pararse:		Horas			
Caminar:		Horas			
Manejar:		Horas			
Cuántas horas trabaja en un					
Día Normal/Turno:		Horas			
Semana:		Horas			
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o	siguiente			
El ponerse en cuclillas:		Horas			
El inclinarse/que dobla:		Horas			
Arrodillamiento:		Horas			
El alcanzar para arriba:		Horas			
El alcanzar hacia fuera:		Horas			
El torcer:		Horas			
Arrastre:		Horas			
El subir de la escalones:		Horas			
El subir de la escalera:		Horas			
Usando una computadora:		Horas			
Usando el teléfono:		Horas			
Empujando:		Horas			
Jalando:		Horas			
Cargando cosas pesadas:		Horas			
En mi trabajo se requiere que l	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:					







PATIENT #						
Nombre:	JOSEFINA ESCOE	SAR	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a u	n cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/25/23

PATIENT #

Nombre: JOSEFINA ESCOBAR SSN: XXX-XX-9999

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 01/25/23

PATIENT #	!			
Nombre:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFICO	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAL KPLICADA MEDICO I IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y LA SA MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAR PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	:			
El	Firma:Fecha:			





PATIEN	IT	#
--------	----	---

Nombre:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999

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.

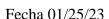
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para env	viarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	d 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 01/25/23

PATIENT#				
Nombre:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999	

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



Fecha 01/25/23

PATIENT #				
Nombre:	JOSEFINA ESCOBAR	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	J		
	Paciente			
	Firma			
	Fecha	ı:		
	Firma	a:		
	Fecha	a:		