

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JAVIER GARCIA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	11086 PINE AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LYNWOODCA90262	FDN:	07/23/1950
Teléfono:	(562)333-1481	Edad:	72
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	11/27/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SHAH, MOHSIN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1010 W LA VETA AVE STE 615		
Ciudad, Zip:	ORANGECA92868		
Teléfono:	(949)284-0575	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 pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		04/14/23	
JAVIER GA	RCIA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	JAVIER GARCIA			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES	DEL TRABAJO)					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	Horas	een	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	llas:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:		Horas Horas			amiento:	π.		Horas
Manejar:		Horas		El alcan	zar para arr	iba:		Horas
	as trabaja en un	J		El alcan	zar hacia fu	era:		Horas
Día	as trabaja en un) _{**}		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:		Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
				El subir	de la escale	era:		Horas
				Usando	una comput	tadora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empuja	ndo:			Horas
				Jalando				Horas
				Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que l	levante	Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:								
11 lbs a 25 lbs:						$\overline{}$		1
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs								
más de 100 lbs:								
Mi trabajo in	ncluye		Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:							
Movimiento rep								
El agarrar de la								
Dirección de la	precisión:] []
Equilibrio:	e la computadora/del c	roiín de tecto :						{
								{ }
	Trabajo sincronizado para la eficacia : Computadora simultánea y teléfono :							{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JAVIER GARCIA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :				*7	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		 ncia, se presento en algú	n otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/14/23

P	A	1	T	F	N	T	+

Nombre: JAVIER GARCIA 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

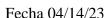
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JAVIER GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			OUE 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			Γ O
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			
MEJORE. F		110 00111		010112
2,120,0112,11	22.4			
SI MENOR:				
F1.	N 1 1 D 1 O C 1' 11 D ' '			
EI.	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			_
	Relacion:			_
	Facha:			_
	Testign(a):			_
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firms:			_





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	JAVIER GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	Pagina (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.

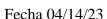
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JAVIER GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ıda por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su 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 04/14/23

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