

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	20513 DEVLIN AVE	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90715	FDN:	03/05/1960
Teléfono:	(562)661-0106	Edad:	63
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/09/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DATE, ANIL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	27141 HIDAWAY AVE SUITE 106		
Ciudad, Zip:	CANYON COUNTRYCA91351		
Teléfono:	(661)252-8469	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 Personal	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		04/03/23	
VIRGILIO I	OOMINGUEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	(XX	XX-XX9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha		n dia normal, Cu	uántas horas hace e	el o siguiente Horas
Pararse:	Horas	El inc	linarse/que dobla	a:	Horas
Caminar:	Horas	Arrod	lillamiento:		Horas
Manejar:	Horas	El alc	anzar para arriba	1:	Horas
Cuántas hora	as trabaja en un	El alc	anzar hacia fuera	ı:	Horas
Día	Horas	El tor	cer:		Horas
Normal/Turno:		Arras	tre:		Horas
Semana:	Horas	El sul	oir de la escalone	:s:	Horas
		El sul	oir de la escalera:	:	Horas
		Usand	do una computad	ora:	Horas
			do el teléfono:		Horas
		_	ijando:		Horas
		Jalano			Horas
		Carga	indo cosas pesada	as:	Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	o A veces	s 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 ir	ncluye	Constantemente	A menudo	o A veces	s Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
	petidor de pies :				
El agarrar de la energía:					
Dirección de la	precisión:] [[
Equilibrio:	e la computadora/del cojín de tacto :		}		
	e la computadora/del cojin de tacto:		{ }	{}	
	imultánea y teléfono :		{ }		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	VIRGILIO DOMING	UEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	ın cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/03/23

PATIENT #

Nombre: VIRGILIO DOMINGUEZ 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

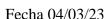
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	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 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	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO P IEN COMPI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y 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 PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	.
SI MENOR:				
El	Relacion:			
	Fecha:			
	Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos: Firma:			





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999

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.

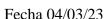
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
		1 2		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ida por nuestro personal pa	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de 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 nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredic	chos.

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 04/03/23

PATIENT #			

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Page (3 of 3)

VIRGILIO DOMINGUEZ

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.

SSN:

XXX-XX9999

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

Nombre:

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 #	<u> </u>			
Nombre:	VIRGILIO DOMINGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			