

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/05/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA FIGUEROA

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

Nombre:	MARIA FIGUEROA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	5580 HOMESIDE AVE	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	07/07/1971	
Teléfono:	(213)519-1017	Edad:	51	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	12/03/2019	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	SISTO, DOMENICK	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	38660 MEDICAL CTR DR. STE A250			
Ciudad, Zip:	PALMDALECA			
Teléfono:	(661)267-7777	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 07/05/23				
		01103143		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	MARIA FIGUEROA		SSN:	>	XXX-XX99	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAI	BAJO					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen		dia normal, (oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas		El incli	narse/que dob	ola:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodil	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcar	nzar para arrib	oa:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcar	nzar hacia fue	ra:		Horas
Día			El torce	er:			Horas
Normal/Turno			Arrastre	e:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalor	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	a:		Horas
			Usando	una computa	idora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	indo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constant	emente	A menu	.do	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					}		
ilias de 100 los							
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la Dirección de la					}		
Equilibrio:	i precision.				{ }		{
	le la computadora/del cojín de tacto :				\longrightarrow $\}$		{ }
	nizado para la eficacia :						$\langle \cdot \rangle$
Computadora s	simultánea y teléfono :				\longrightarrow		1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA FIGUEROA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				\$7	NI.
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	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	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/05/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: MARIA FIGUEROA 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

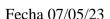
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA FIGUEROA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FIS	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
TRATAMIE	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	MPRENDO QUI	E SERE EVALUADO(A) POR UN
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	XPLICADAS A N	II ANTES DEL TRATAMIENTO.
TRATAMIE	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPRENI MEJORE. F2	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O ZDQ	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #					
Nombre:	MARIA FIGUEROA	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	le			
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.

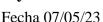
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA FIGUEROA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliza	ada por nuestro personal par	ra enviarle
recordatorio			par nacestro personar par	
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	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n 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 07/05/23

PATIENT #					
Nombre:	MARIA FIGUEROA	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:	MARIA FIGUEROA	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:				
	Fecha:				
	Firma:				
	Fecha:				