

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/29/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	FRANCISCO HUERTERO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	7655 FILLMORE DRIVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	BUENA PARKCA90620	FDN:	09/20/1972
Teléfono:	(714)576-1791	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	_	
Fecha::	01/31/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HASSANIN, MOHAMED	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5220 CLARK AVE STE 200		
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90712		
Teléfono:	(562)210-5141	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	t-Star Physical Th	_
		06/29/23	
FRANCISC	O HUERTERO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	FRANCISCO HUERTEF	RO	SSN:	XXX-XX99	99	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #	ŧ				
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL	ГКАВАЈО				
Durante un día Sentarse:	n típico de 8 horas, cuántas		En un dia norm El ponerse en cu		oras hace el o sig	uiente Horas
Pararse:	Hora		El inclinarse/que			Horas
Caminar:	Hora		Arrodillamiento:			Horas
Manejar:	Hora		El alcanzar para	arriba:		Horas
			El alcanzar hacia	ı fuera:		Horas
Día	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Normal/Turno:	Horas	S	Arrastre:			Horas
Semana:	Hora	S	El subir de la esc	calones:		Horas
			El subir de la esc	calera:		Horas
			Usando una com	putadora:		Horas
			Usando el teléfo:	no:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cosas	pesadas:		Horas
	o se requiere que levant	e Constant	emente A m	nenudo	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:					*	
Mi trabajo in	icluye	Constant	emente A m	nenudo	A veces	Nunca
-	petidor de manos:					
Movimiento rep	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:	e la computadora/del cojín de	tacto:	}	}		
	izado para la eficacia :			}		{ }
	multánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	FRANCISCO HUER	TERO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE#				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	spués del acciden	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	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 sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/29/23

PATIENT #

Nombre: FRANCISCO HUERTERO 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

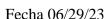
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	FRANCISCO HUERTERO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO I IEN COMP TORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAR RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ON FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





TD.	4 m	TIT	TATE	r 4
P /	A I		. 1 🖜	

Nombre:	FRANCISCO HUERTERO	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.

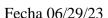
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	FRANCISCO HUERTERO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliz	ada por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información d encontrar interesante en el tratamiento y l nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salu	d 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 06/29/23

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