

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	LUIS FERNANDO VILLAGRAN	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	13306 S SAN PEDRO ST	Sexo:	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025	FDN:	05/12/1979
Teléfono:	(310)703-2464	Edad:	44
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/09/2020	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	OUZOUNIAN, TYE J	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5620 WILBUR AVE SUITE 216		
Ciudad, Zip:	TARZANACA91356		
Teléfono:	(818)343-3668	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	DN 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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	*
		08/14/23	
LUIS FERN	ANDO VILLAGRAN	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#								
Nombre:	LUIS FERNANDO V	/ILLAGRAN	SSN:	XXX-XXS	9999				
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DI	EL TRABAJO							
Durante un día Sentarse:		ntas horas le hacen Horas Horas	El poner	a normal, Cuántas se en cuclillas:	horas hace el o si	guiente Horas Horas			
Caminar:		Horas	Arrodilla	miento:		Horas			
Manejar:	I	Horas	El alcanz	ar para arriba:		Horas			
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcanz	ar hacia fuera:		Horas			
Día	Į.	Horas	El torcer			Horas			
Normal/Turno: Semana:		Horas	Arrastre:			Horas			
Scilialia.		10123		de la escalones:		Horas			
				de la escalera:		Horas			
				ina computadora:		Horas			
				el teléfono:		Horas Horas			
				Empujando:					
				Jalando:					
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas			
En mi trabaj	o se requiere que lev	vante Co	nstantemente	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:		_				₹			
Mi trabajo in	•	Co.	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca			
	petidor de manos:								
Movimiento rep El agarrar de la						 			
Dirección de la		_				}			
Equilibrio:	precision.	<u> </u>				{ }{			
	e la computadora/del coji	ín de tacto :				$\exists \vdash = = \exists$			
	nizado para la eficacia :	<u> </u>				$\exists \vdash $			
Computadora s	imultánea y teléfono :					7			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	LUIS FERNANDO V	/ILLAGRAN	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	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 est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/14/23

PATIENT #

Nombre: LUIS FERNANDO VILLAGRAN 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

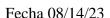
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!					
Nombre:	Nombre: LUIS FERNANDO VILLAGRAN SSN: XXX-XX9999					
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 CHUACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXIDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO OBTENIENDO FISIOTERAPIA E QUE SERE EVALUADO(A) POR O Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIEN PARA OBTENIR AUTORIZACION RENDO QUE YO NO PUEDO RE ON FIRMADA MI MEDICO. ADI	O QUE YO ES MI R UN NTO. N PARA CIBIR EMAS,		
SI MENOR	•					
El	Relacion:					





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	LUIS FERNANDO VILLAGRAN	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.

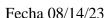
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	LUIS FERNANDO VILLAGRAN	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	da por nuestro personal pa	ra enviarle
usted puede nosotros tam	ión 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	u condición médica. De nu	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 08/14/23

PA	TI	EN	IT	#

Nombre:	LUIS FERNANDO VILLAGRAN	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 #	f .			
Nombre:	LUIS FERNANDO VILLAGRAN	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			