

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JOSE BAUTISTA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	JOSE BAUTISTA	SSN:	XXX-XX9999						
Direccion:	3608 SAN MARINO STREET AP	Sexo:	М						
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90019	FDN:	08/18/1990						
Teléfono:	(323)915-4434	Edad:	32						
Telé trabajo :		Email:							
Telé celular:									
INFORMACI	INFORMACION DEL PACIENTE #								
Fecha::	02/22/2023	Post-cirugia :							
Tipo:	PI	FDC:							
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN									
Nombre:	KASIMIAN, STEPAN	Partes del cuerpo	:						
Direccion:									
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91206								
Teléfono:	(818)500-9286	Dx:							
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO								
Nombre:		Direccion:							
Ciudad, Zip:		Teléfono:							
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :								
Nombre:		Direccion:							
Ciudad, Zip:		Teléfono :							
INFORMACI	ÓN 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. 05/16/23									

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#								
Nombre:	JOSE BAUTISTA		SSN:		XXX-XXS	9999			
INFORMACION DEL TRABAJO #									
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO							
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le l Horas	hacen	El pone	rse en cuclil	llas:	horas hace el o si	Horas		
Pararse:	Horas			narse/que do	obla:		Horas		
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas		
Manejar:	Horas			ızar para arr			Horas		
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcanzar hacia fuera:			Horas			
Día Normal/Turno:	Horas		El torce				Horas		
Semana:	Horas		Arrastre	e: de la escalo	anag.		Horas Horas		
				de la escale			Horas		
				una compu			Horas		
				el teléfono:			Horas		
			Empuja	ndo:			Horas		
			Jalando:			Horas			
			Cargano	do cosas pes	sadas:		Horas		
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant		A men		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			$\overline{}$				1		
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca		
-	petidor de manos:								
	petidor de pies :		$\overline{}$						
El agarrar de la									
Dirección de la Equilibrio:	precisión:] []		
_	e la computadora/del cojín de tacto :						{		
	nizado para la eficacia:	}		}			{		
	imultánea y teléfono :						<u> </u>		



Injury Informacion

PATIENT #	!					
Nombre:	JOSE BAUTISTA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
П. 1	0.1.1.5	0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	à?				
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 recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						$\overline{}$



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/16/23

P	٨	T	I	N	T	1 ±
III /	-1			.13		- ++

Nombre:	JOSE BAUTISTA	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

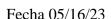
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	JOSE BAUTISTA	SSN:	XXX-XX9999
		J	
FORMA DE I	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · ·
	OACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	O QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPREND	O QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	DQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Nombre de la Parsona tomando los detes:		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #							
NT I		l ggv					
Nombre:	JOSE BAUTISTA	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le					
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.

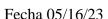
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE BAUTISTA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal	para 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	su condición médica. De	nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobre	edichos.

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 05/16/23

PATIENT#						
Nombre:	JOSE BAUTISTA	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:	JOSE BAUTISTA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			