

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	JUAN CANALES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	8651 ORANGEWOOD AVE	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	GARDEN GROVECA92841	FDN:	06/17/1972
Teléfono:	(657)686-7818	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/18/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	ROSARIO, MANUEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	1950 E 17TH STREET STE 200		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92705		
Teléfono:	(714)495-4050	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		*
		05/03/23	
JUAN CANA	ALES	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	JUAN CANALES		SSN:	XXX-X	X9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO	#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas			a normal, Cuánta e en cuclillas:	as horas hace el o sig	uiente Horas
Pararse:	Hora	as	El inclina	rse/que dobla:		Horas
Caminar:	Hora	as	Arrodilla	miento:		Horas
Manejar:	Hora	as	El alcanza	ar para arriba:		Horas
	as trabaja en un		El alcanza	ar hacia fuera:		Horas
Día			El torcer:			Horas
Normal/Turno:			Arrastre:			Horas
Semana:	Hora	is	El subir d	e la escalones:		Horas
			El subir d	e la escalera:		Horas
			Usando u	na computadora:		Horas
			Usando e	l teléfono:		Horas
			Empujano	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levan	te Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:					
11 lbs a 25 lbs:					1	
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs					} [
mas de 100 los:						
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:						
Dirección de la	precisión:				}	
Equilibrio: Uso del ratón d	e la computadora/del cojín de	e tacto :	{ }		{ }	{ }
	izado para la eficacia:		{}		{ }	{ }
Computadora simultánea y teléfono :			{		{ }	



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JUAN CANALES		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :				X 7	N.T.
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	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 de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/03/23

PATIENT #

Nombre:	JUAN CANALES	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

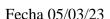
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JUAN CANALES	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAE PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMENE COMPRENE MI TRATAM	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El N	Firma: Fecha:		
	T:		





PATIENT #				
Nombre:	JUAN CANALES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	AD 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.

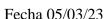
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	JUAN CANALES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	ı salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informació su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacion	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	para los servicios sobredichos.	

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 05/03/23

PATIENT #				
Nombre:	JUAN CANALES	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:	JUAN CANALES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	101110 11 222 0112112 112 01111121011			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:_			
	_			
	Firma:_			
	Fecha:			