

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

Nombre:	REYNALDO PADILLA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	11610 IOWA AVE APT 1	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025	FDN:	07/19/1990
Teléfono:	(805)361-3741	Edad:	32
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	05/09/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025		
Teléfono:	(310)606-2156	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	ON 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
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	coporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/26/23	
REYNALDO	O PADILLA	Fecha firm	ada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	REYNALDO PADILL	A	SSN:	xxx	<-XX9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	0#				
Cargo:						
Ü						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un día	a típico de 8 horas, cuán	tas horas le hacen			intas horas hace el o	
Sentarse:	H	oras	El poner	se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Н	loras	El inclina	arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Н	loras	Arrodilla	amiento:		Horas
Manejar:	Н	loras	El alcanz	zar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcanz	El alcanzar hacia fuera:		Horas
Día			El torcer	•		Horas
Normal/Turno:	Н	oras	Arrastre:			Horas
Semana:	Н	loras	El subir o	de la escalones:		Horas
			El subir o	de la escalera:		Horas
			Usando ı	una computador	a:	Horas
				el teléfono:		Horas
			Empujan	ıdo:		Horas
			Jalando:			Horas
				Cargando cosas pesadas:		Horas
		_				
-	o se requiere que leva	ante Cor	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			}	———	_	\rightarrow
más de 100 lbs:						
Mi trabajo ir	ncluye	Cor	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:					
Movimiento rep	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	e la computadora/del cojír	ı de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:			[-		
Computadora s	imultánea y teléfono:] [



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	REYNALDO PADILI	_A	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión, favor llenar lo siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/26/23

PATIENT #

Nombre: REYNALDO PADILLA SSN: XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

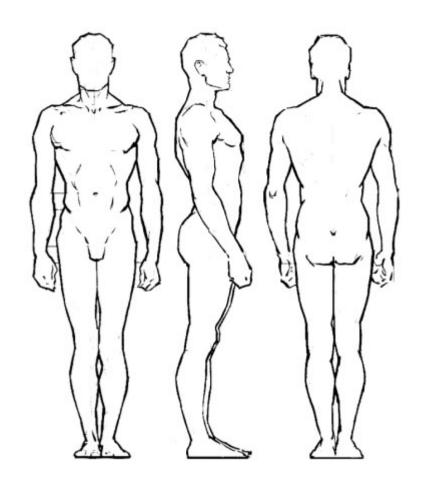
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

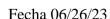
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	REYNALDO PADILLA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN		~	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	_		
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			ĺ
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	RANTIZAR QUE MI CONDICION ACT	UAL
MEJORE. F	ZDQ			
SI MENOR:				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecna:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			





PATIENT #		

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

REYNALDO PADILLA

3)

Nombre:

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.

SSN:

XXX-XX9999

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.

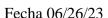
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	REYNALDO PADILLA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para envi	iarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra b	pase de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	d 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 06/26/23

	PATIENT#					
Nombre: REYNALDO PADILLA SSN: XXX-XX9999	bre: REYNALDO PADILLA	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:	REYNALDO PADILLA	SSN:	XXX-XX9999			
DDIX A CX	A CENTANTE ED CHAENET INFODMA THAN	T				
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	<u> </u>				
	Paciente	:				
	Firma	a:				
	Fecha	a:				
	Firma	a:				
	Fechs	a·				