

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JOSE ABLE GUEVARA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	465 E LOUISE STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	09/18/1962
Teléfono:	(562)340-8607	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/03/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DESAI, RAJ	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5170 SEPULVEDA BLVD STE 210		
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403		
Teléfono:	(818)783-5001	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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 Personal	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.	_	_
		06/01/23	
JOSE ABLE	GUEVARA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	JOSE ABLE GUE	VARA		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABA	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES I	DEL TRABAJO	O					
Dumanta un di	a típico de 8 horas, cu	véntas hanas la ha		En un d	ia normal	Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	a tipico de 8 noras, ci	Horas	CCII		se en cucl			Horas
Pararse:		Horas		El inclin	arse/que d	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodill	amiento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcan	zar para ar	riba:		Horas
		litoras			zar hacia f			Horas
	as trabaja en un			El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:		Horas		Arrastre				Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escal	lones:		Horas
		,		El subir	de la escal	era:		Horas
					una compi			Horas
					el teléfono			Horas
				Empuja		•		Horas
				Jalando:				Horas
					lo cosas pe	eadae.		Horas
	o se requiere que l	evante	Constant	emente	A mei	nudo	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 ii	ncluye		Constant	emente	A mei	nudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
Movimiento rep	petidor de pies :			$\overline{}$		\longrightarrow		{
El agarrar de la	energía:					}		1
Dirección de la	precisión:							
Equilibrio:								
	le la computadora/del c							
	nizado para la eficacia:							
Computadora s	imultánea y teléfono:							



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE ABLE GUEVA	ARA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
T		0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1'?				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	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 recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/01/23

PATIENT #

Nombre: JOSE ABLE GUEVARA 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

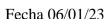
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JOSE ABLE GUEVARA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIH TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIH	E 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 CIDACION 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 O EZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAT KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES ME DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y SE A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIZON FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	II .ARA IR .S,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	JOSE ABLE GUEVARA	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.

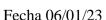
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE ABLE GUEVARA	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 e	enviarle
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 nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	d para los servicios sobredichos	s.

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 06/01/23

PATIENT#						
Nombre:	JOSE ABLE GUEVARA	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 #	ł .			
Nombre:	JOSE ABLE GUEVARA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			