

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/22/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JUAN LUCERO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	425 E 9LYNMOUTH ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	05/23/1983
Teléfono :	(818)268-9465	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	J	
Fecha::	12/02/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	LONGACRE, MATTHEW	Partes del cuerpo	:
Direccion:	16530 VENTURA BLVD., SUITE 100		
Ciudad, Zip:	ENCINOCA91436		
Teléfono:	(818)788-0101	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	ÓN 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 po guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/22/23	
JUAN LUCERO Fecha firmada			nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#								
Nombre:	JUAN LUCERO		SSN:		XXX-XX99	999			
INFORMAC	NFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	Descripción de las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	AJO							
Sentarse: Pararse: Caminar: Manejar: Cuántas hora	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas	hacen	El poner El inclin Arrodilla El alcan	rse en cuclilla narse/que dob amiento: zar para arrib zar hacia fue	as: bla: ba:	oras hace el o si	guiente  Horas  Horas  Horas  Horas  Horas  Horas  Horas		
Día Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre		nes:		Horas Horas		
			Usando Usando Empujar Jalando:		adora:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas		
En mi trabaj 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:	:	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca		
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca		



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JUAN LUCERO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN 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	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/22/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre:	JUAN LUCERO	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

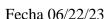
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JUAN LUCERO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTAL	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FI	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O N	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OBT	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMIE	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QUI	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A N	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
COMPRENE	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Eirma.		





PATIENT #							
Nombre:	JUAN LUCERO	SSN:	XXX-XX9999				
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1	l 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.

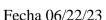
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JUAN LUCERO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	lud será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información o encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ón 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 06/22/23

PATIENT#						
Nombre :	JUAN LUCERO	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 #	ATIENT#						
Nombre:	JUAN LUCERO	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:						
	Fecha:						
	Firma:						
	Fecha:						