

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	182 W 232ND PLACE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	CARSONCA90745	FDN:	10/31/1963
Teléfono:	(310)800-4210	Edad:	59
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/15/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ISEKE, HAROLD	Partes del cuerpo	:
Direccion:	3711 LONG BEACH BLVD STE 200		
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90807		
Teléfono:	(562)980-0555	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 Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		04/24/23	
JULIO NAV	ARRETE	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #	#				
Nombre:	JULIO NAVARRETE	SSN:	x	XX-XX9999	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)			
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le hac	0 0 11 1 1 1		Cuántas horas hace e	
Sentarse:	Horas	_	nerse en cuclilla		Horas
Pararse:	Horas		linarse/que dobl	ia:	Horas
Caminar:	Horas		illamiento:		Horas
Manejar:	Horas		anzar para arriba		Horas
Cuántas hora	s trabaja en un		anzar hacia fuer	a:	Horas
Día Normal/Turno:	Horas	El toro			Horas
Semana:	Horas	Arrast			Horas
Semana.	Hotus		oir de la escalone		Horas
			oir de la escalera		Horas
			lo una computac	lora:	Horas
			lo el teléfono:		Horas
			jando:		Horas
		Jaland			Horas
		Carga	ndo cosas pesad	las:	Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constantemente	A menud	lo A veces	s 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 in	cluye	Constantemente	A menud	lo A veces	s Nunca
Movimiento repo	etidor de manos:				
Movimiento repo	etidor de pies :				
El agarrar de la e					
Dirección de la p	precisión:				
Equilibrio:	la computadora/del cojín de tacto:		{		
	zado para la eficacia :		{ }		
	multánea y teléfono :		{ }		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JULIO NAVARRETE	<u> </u>	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				X 7	N.T.
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	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 del	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/24/23

PATIENT #

Nombre:	JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999
	002101010101111		70017010000

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

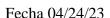
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMEENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	AMIENTO I ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICAT XPLICADA I MEDICO I BIEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y SEA MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N O. ARA SIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: _ Fecha: _			





JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999	
	JULIO NAVARRETE	JULIO NAVARRETE SSN:	JULIO NAVARRETE SSN: XXX-XX9999

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.

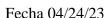
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salu	d será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
recordatorio La informac	os de cita. ción sobre Tratamientos: Su información de	la salud pue	ede ser utilizada para enviarl	le información que
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredich	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 04/24/23

PATIENT #				
Nombre:	JULIO NAVARRETE	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:	JULIO NAVARRETE	SSN:	XXX-XX9999	
DDW/ACW A	CENOWED CHENT INCODE A TRON			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
				
	Firma:			
	Fecha:			