

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/23/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA BANOS

WESTSTAR DOWNTOWN LA

11101111111			
Nombre:	MARIA BANOS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1212 E 70TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90001	FDN:	10/23/1975
Teléfono:	(830)310-2275	Edad:	47
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/15/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	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	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 Personal	l y Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pi		
	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	erapy reciba el pago directo de los
	- • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
		03/23/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA BANOS		SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO				
Durante un dí Sentarse: Pararse: Caminar:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas Horas	ras le hacen	El poners El inclina Arrodilla		horas hace el o si	Horas Horas Horas
Manejar:	Horas Horas			ar para arriba: ar hacia fuera:		Horas
Día Normal/Turno: Semana:	o se requiere que levante	Constant	El subir o Usando u Usando e Empujan Jalando: Cargando	de la escalones: de la escalera: una computadora: d teléfono:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs	:					
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA BANOS		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Sala de Emergencia	9			Yes	No
		 acia, se presento en algú	n otro tino do oor	ntro mádico?		
		icia, se presento en argu	ii otro tipo de cei	itro metrico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	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	cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/23/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: MARIA BANOS 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

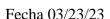
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	MARIA BANOS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	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 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O ZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES E O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y LS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN O. PARA BIR IAS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			- - -





PATIENT #						
Nombre:	MARIA BANOS	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D Pagina (1 de				
2)						

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.

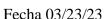
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA BANOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de l os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviar	le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informaci encontrar interesante en el tratamient nbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	su condición médica. De nuestra bas	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación de la salud	l 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 03/23/23

PATIENT #				
Nombre:	MARIA BANOS	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:	MARIA BANOS	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVACV A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACI A	CKNOWLEDGWENT INFORWATION			
	7			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			