

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410
Direccion:	123 W 12TH ST APT 209	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SAN PEDRO,CA,90731	FDN:	08/31/1998
Teléfono:	(323)217-0797	Edad:	24
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/02/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	RUSSMAN, MARINA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	20620 S LEAPWOOD UNIT H		
Ciudad, Zip:	CARSON,CA,90746		
Teléfono:	(310)294-9027	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre :		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
	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
			02/01/23
BRAYAN H	ERNANDEZ		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #					
Nombre:	BRAYAN HERNAN	DEZ	SSN:	XXX-XX-4410	
INFORMAC	CION DEL TRABA	JO#			
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO			
Duranta un	día tínica da 8 haras	, cuántas horas le hacen			
Sentarse:	ma tipico de 8 noras	Hor			
Pararse:		Hor			
Caminar:		Hor			
Manejar:		Hor			
	as trabaja en un	1101	as		
Día Normal/		Hor	as		
Semana:		Hor			
	ermal Cuántas horas				
El ponerse e		s hace el o siguiente Hor	as		
El inclinarse		Hor			
Arrodillamie		Hor			
		Hor			
El alcanzar para arriba:					
El alcanzar l	nacia tuera:	Hor			
El torcer:		Hor			
Arrastre:		Hor	ras		
El subir de l	a escalones:	Hor	as		
El subir de l	a escalera:	Hor	as		

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que levante	Constantemente	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:				
más de 100 lbs:				
Mi trabajo incluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :				
El agarrar de la energía:				
Dirección de la precisión:				
Equilibrio:				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	BRAYAN HERNANI	DEZ	SSN:	XXX-XX-4410			
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #						
Describa breve	emente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a u	n cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron i	rayos x?						
Si fue un acc	ridente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?			
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?				
Esta recivien	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión					
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la					
misma lesión	n, favor llenar lo sign	aiente?					
Nombre :							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/01/23

PATIENT #

Nombre: BRAYAN HERNANDEZ SSN: XXX-XX-4410

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

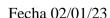




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	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 EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMI TORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIENTO FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			

Notice of Privacy Practices





PATIENT #					
Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410		
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1	de			
3)					

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

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.

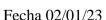
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	!			
Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informació encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información q er de interés a usted**	y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación 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.



Notice of Privacy Practices

Fecha 02/01/23

PATIENT #				
Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410	

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

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



Privacy Practices Acknowledgement

PATIENT #				
Nombre:	BRAYAN HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX-4410	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	1		
	Paciente	:		
	Firma	ı:		
	Fecha	ı:		
	Firma	a:		
	Fecha	J.		