

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	EVANGELINA BURGAIN	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1524 GAVIOTA AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90813	FDN:	04/05/1965
Teléfono:	(562)607-4029	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:		1	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	_	
Fecha::	03/30/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE LIÓN		
Nombre:	PARSA, RONNA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4014 LONG BEACH BLVD STE 210		
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90807		
Teléfono:	(562)997-7100	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 Persona	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	t-Star Physical Th	_
		08/03/23	
EVANGELI	INA BURGAIN	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE:	#						
Nombre:	EVANGELINA BURGAIN		SSN:		XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
	ZOTT BBB TIMEBINGO II						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
Descripcion de	ius iunitiviitis						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	C					
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen				horas hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cuclil			Horas
Pararse:	Horas		El inclin	narse/que do	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arr	riba:		Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcan	ızar hacia fu	iera:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	h**			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
				el teléfono:		}	Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
				do cosas pes	adas:		Horas
				io cosas pes	sauas.		
	o se requiere que levante	Constante	emente	A men	udo	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:		}					
11145 40 100 105.							
Mi trabajo in	icluye	Constante	emente	A men	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento rep							
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	a la computadora/dal coién da toota :						_{ }
	e la computadora/del cojín de tacto : izado para la eficacia :						-{ }
	multánea y teléfono :						-{ }



Injury Informacion

PATIENT #	‡					
Nombre:	EVANGELINA BUR	GAIN	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	Cala da Emanasa	.0			Yes	No
Estuvo en 18	a Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	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	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/03/23

PATIENT #

Nombre: EVANGELINA BURGAIN 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

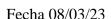
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	EVANGELINA BURGAIN	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPRENI MI TRATAL TRATAMIE	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 ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI APLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES DO QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y LA AMI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECION FIRMADA MI MEDICO. ADEI	S MI UN TO. PARA SIBIR MAS,
SI MENOR:	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			_
	Firma: Fecha:			





ATIENT #

Nombre: EVANGELINA BURGAIN 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.

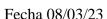
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	EVANGELINA BURGAIN	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
3)				
recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita. ción sobre Tratamientos: Su información de			
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	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	l para los servicios sobredich	108.

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 08/03/23

PATIENT #					
Nombre:	EVANGELINA BURGAIN	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 #	ŧ			
Nombre:	EVANGELINA BURGAIN	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVA CV	A CHANGINA ED CAMENTA INFORMATION			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			