

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/06/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JULIA CAMPOS

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	JULIA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	4111 ABNER ST APT 4	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90032	FDN:	01/09/1974	
Teléfono:	(323)396-5348	Edad:	49	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	05/04/2023	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	SAUCEDO, TOMAS	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	880 S ATLANTIC BLVD			
Ciudad, Zip:	MONTEREY PARKCA91754			
Teléfono:	(626)289-0178	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	ÓN 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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 06/06/23				

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JULIA CAMPOS		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TE	RABAJO					
			F.,	1: 1	C	11	:
	a típico de 8 horas, cuántas ho	ras le hacen		rse en cuclill		oras hace el o sig	Horas
Sentarse:				narse/que dol			Horas
Pararse:	Horas			amiento:	J. 101		Horas
Caminar:	Horas			ızar para arril	ba:		Horas
Manejar:	Horas			zar hacia fue			Horas
	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargano	lo cosas pesa	adas:		Horas
	o se requiere que levante	. Constant		A menu		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	:				\longrightarrow		{
más de 100 lbs:							{
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
Movimiento repetidor de pies :							
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:					[
Equilibrio:	precision:				{ }		{ }
	e la computadora/del cojín de ta	eto:					{ }
	nizado para la eficacia :	}			\longrightarrow		{
Computadora s	imultánea y teléfono:		$\overline{}$		\longrightarrow		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JULIA CAMPOS		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
	0.1.1.5	0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	in cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/06/23

PATIENT #

Nombre:	JULIA CAMPOS	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

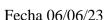
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JULIA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIE! TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAM	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI- NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y CPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





Nombre: JUI	LIA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE PRÁC	CTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de	;	

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.

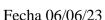
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JULIA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informacio su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacio	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 06/06/23

PATIENT#				
Nombre:	JULIA CAMPOS	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:	JULIA CAMPOS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY /	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha	•		