

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955
Direccion:	8905 S NORMANDIE AVE APT	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90044	FDN:	08/25/1985
Teléfono:	(323)561-0500	Edad:	37
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(323)921-8144		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/04/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GANJIANPOUR, MARK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8631 W 3RD ST # 620E		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048		
Teléfono:	(310)657-0942	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	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		08/14/23	
MIGUEL M	ORALES	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #										
Nombre:	MIGUEL MORALES		SSN:	XXX	X-XX8955					
INFORMA	INFORMACION DEL TRABAJO #									
Cargo:										
Descripción de	Descripción de las funciones:									
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO								
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuán	tas horas le hacen	En un d	lia normal, Cua	ántas horas hace el o s	siguiente				
Sentarse:	H	oras	El poner	rse en cuclillas:		Horas				
Pararse:	Н	oras	El inclin	arse/que dobla:	:	Horas				
Caminar:	Н	oras	Arrodill	amiento:		Horas				
Manejar:	Н	oras	El alcan	zar para arriba:		Horas				
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fuera:		Horas				
Día	111	0400	El torce	r:		Horas				
Normal/Turno		oras	Arrastre	:		Horas				
Semana:	H	oras	El subir	de la escalones	:	Horas				
			El subir	de la escalera:		Horas				
			Usando	una computado:	ora:	Horas				
			Usando	el teléfono:		Horas				
			Empujai	ndo:		Horas				
			Jalando:		Horas					
			Cargand	lo cosas pesadas	s:	Horas				
En mi trabaj	jo se requiere que leva	ante Consta	intemente	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 i		Consta	intemente	A menudo	A veces	Nunca				
	petidor de manos:									
Movimiento repetidor de pies :		}			_ }	\dashv				
El agarrar de la energía:		}			\rightarrow	\exists				
Dirección de la precisión:						\exists				
Equilibrio:			$\overline{}$							
	le la computadora/del cojír	de tacto:								
	nizado para la eficacia:									
Computadora simultánea y teléfono :										



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	MIGUEL MORALES	;	SSN:	XXX-XX8955				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron r	Se tomaron rayos x?							
Si fue un acc	Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?							
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/14/23

PATIENT #

Nombre: MIGUEL MORALES SSN: XXX-XX8955

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

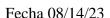
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955	
FORMA DI	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 CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MISMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	MIENTO I ICO Y QUE IMPRENDO ERTIFICAI XPLICADA I MEDICO SIEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECII ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma:Fecha:			- - - -





PATIENT #					
Nombre:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955		

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.

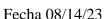
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

	A AAAAAAAA II							
Nombre:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955					
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	9						
	atorios de la cita: Su información de la salu	d será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle				
La informac usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de 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 informació	n de la salud	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 08/14/23

PATIENT #					
Nombre:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955		

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:	MIGUEL MORALES	SSN:	XXX-XX8955				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:						
	Fecha:						
	_						
	Firma:						
	Fecha:						