

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/28/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Name I	JOSE GONZALEZ	CON	VVV VV4252
Nombre:		SSN:	XXX-XX4253
Direccion:	15518 BRAYTON STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	PARAMOUNTCA90723	FDN:	05/03/1961
Teléfono:	(562)676-2538	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/24/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	MIRZAIANS, ARBI	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11682 ATLANTIC AVE		
Ciudad, Zip:	LYNWOODCA90262		
Teléfono:	(310)537-7600	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#:		d Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	⊐ al v Asignacion de	Reneficios
	a West-Star Physical Therapy para que p	• •	
cuanto la aseg	guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		02/28/23	
JOSE GONZ	ZALEZ	Fecha firn	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	JOSE GONZALEZ		SSN:		XXX-XX4	253	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	0					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas Horas	acen	El poners	ia normal, ( se en cuclilla arse/que dob	as:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas		Arrodilla				Horas
Manejar:	Horas			zar para arril zar hacia fue			Horas Horas
Cuántas hora Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un  Horas  Horas		El subir o Usando u Usando e Empujan Jalando:	de la escalor de la escaler una computa el teléfono: udo:	ra: adora:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas
En mi trabaj 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:	:	Constante		A menu		A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constante	emente	A menu	ado ( )	A veces	Nunca



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JOSE GONZALEZ		SSN:	XXX-XX4253		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
		0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	n cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron i	ayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido ala	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/28/23

PATIENT #

Nombre: JOSE GONZALEZ SSN: XXX-XX4253

#### 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

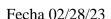
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JOSE GONZALEZ	SSN:	XXX-XX4253	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA 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 CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA CODO	MIENTO ICO Y QUI IMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO SIEN COM JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION YAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PORENDO QUE YO NO PUEDO RECIECION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			- - -





PATIENT #			
Nombre:	JOSE GONZALEZ	SSN:	XXX-XX4253

#### 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.

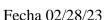
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE GONZALEZ	SSN:	XXX-XX4253	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información qu su condición médica. De nuestra base de dato rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	d 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 02/28/23

PATIENT #					
Nombre:	JOSE GONZALEZ	SSN:	XXX-XX4253		

#### 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 #	<u> </u>			
Nombre:	JOSE GONZALEZ	SSN:	XXX-XX4253	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			