

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

#### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	220 E 47 PLACE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90011	FDN:	08/10/1990
Teléfono:	(323)495-0198	Edad:	32
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	07/19/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KALOOSTIAN, PAUL EDWARD	Partes del cuerpo	:
Direccion:	960 EAST GREEN STREET STE 320		
Ciudad, Zip:	PASADENA,CA,91106		
Teléfono:	(626)529-5003	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	l v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
			02/02/23
LORENZO '	VALENCIA		Fecha firmada

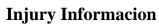


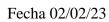
### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 02/02/23

PACIENTE #					
Nombre:	LORENZO VALEN	NCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#			
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES I	DEL TRABAJO			
Durante un	día típico de 8 hora	s, cuántas horas le hace	n		
Sentarse:	•		oras		
Pararse:		Н	oras		
Caminar:		Н	oras		
Manejar:		H	oras		
Cuántas hor	as trabaja en un				
Día Normal	Turno:	Н	oras		
Semana:		H	oras		
En un dia no	ormal, Cuántas hora	as hace el o siguiente			
El ponerse e	n cuclillas:	Н	oras		
El inclinarse	e/que dobla:	Н	oras		
Arrodillami	ento:	H	oras		
El alcanzar j	para arriba:	H	oras		
El alcanzar l	nacia fuera:	H	oras		
El torcer:		H	oras		
Arrastre:		H	oras		
El subir de l	a escalones:	H	oras		
El subir de l	a escalera·		oras		

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 :				







PATIENT 7	#					
Nombre:	LORENZO VALEN	CIA	SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en 1	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accid	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Tolófono						==



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/02/23

PATIENT #

Nombre: LORENZO VALENCIA SSN: XXX-XX-9999

### 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



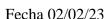


### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/02/23

PATIENT #	!			
Nombre:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #	ŧ			
Nombre:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	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.

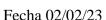
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliza	da por nuestro personal para	enviarle
recordatorio		s gora attitza	da por naestro personar para	on viano
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredicho	os.

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 02/02/23

PATIENT #					
Nombre:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999		

#### **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**

Fecha 02/02/23

PATIENT #				
Nombre:	LORENZO VALENCIA	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma: Fecha:			