

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515
Direccion:	3611 EL SERENO AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90032	FDN:	08/28/1970
Teléfono:	(323)308-5527	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/26/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre :	HARRIS, ARTHUR	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4545 E. 3RD ST., SUITE 102		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90022		
Teléfono:	(323)264-6296	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
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		03/27/23	
AGUSTIN A	ALVARADO	Fecha firm	 nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #							
Nombre:	AGUSTIN ALVARADO)	SSN:	XX	X-XX9515		
INFORMAC	CION DEL TRABAJO	#					
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL	TRABAJO					
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuánta Hor	as	El poner	ia normal, Cuase en cuclillas:			iente Horas Horas
Caminar:	Hoi		Arrodilla	-			Horas
Manejar:	Hon	ras		zar para arriba:			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un			zar hacia fuera:			Horas
Día Normal/Turno:	Hor	as	El torcer				Horas
Normal/Turno: Semana:	Hoi		Arrastre:	: de la escalones			Horas Horas
				de la escalones de la escalera:			Horas
				una computado	ra.		Horas
				el teléfono:	11a.		Horas
			Empujar				Horas
			Jalando:			Horas	
				o cosas pesadas	s:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que levar	nte Constan	ntemente	A menudo		veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:							
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:					\longrightarrow		
76 lbs a 100 lbs	:	}			\rightarrow		}
más de 100 lbs:		}			\rightarrow		
Mi trabajo in	ncluye	Constan	ntemente	A menudo	A ·	veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	_						
El agarrar de la							
Dirección de la Equilibrio:	precisión:						
	e la computadora/del cojín d	le tacto :			_		
	izado para la eficacia:			}	_{}_		
	multánea y teléfono:				\dashv		



Injury Informacion

PATIENT #	!					
Nombre:	AGUSTIN ALVARA	DO	SSN:	XXX-XX9515		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Sala da Emanagana	. 9			Yes	No
Estuvo en 18	Sala de Emergencia	1.7				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	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	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/27/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: AGUSTIN ALVARADO SSN: XXX-XX9515

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

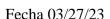
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTI	FICO OUE FUI A POR MI PROPI	[A
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. /	
	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			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
MEJORE. F		NO GUAN	CANTIZAR QUE IVII CONDICIOI	VACTUAL
WIEJOKE. I	ZDQ			
SI MENOR:				
SI WIENUK:				
Ell	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





Nombre:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515	
---------	------------------	------	------------	--

AVISO DE PRACTICAS 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.

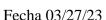
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 c	le		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y l	a gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, crella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salu	nd 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 03/27/23

PATIENT #					
Nombre:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515		

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:	AGUSTIN ALVARADO	SSN:	XXX-XX9515			
DDIVACV	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
- TRIVACI A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_					
	Fecha:_					
	Firma:					
	Fecha:					