

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743
Direccion:	21606 BELSHIRE AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	HAWIIAN GARDENSCA90716	FDN:	01/15/1965
Teléfono:	(562)612-2415	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/05/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SHAH, NIMISH	Partes del cuerpo	:
Direccion:	21520 SOUTH PIONNER BLVD STE 2		
Ciudad, Zip:	HAWAIIAN GARDENSCA90716		
Teléfono:	(562)402-2811	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		05/02/23	
LETICIA PA	ANTOJA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	LETICIA PANTOJA		SSN:	XXX-XX	(3743	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0				
Durante un día Sentarse: Pararse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas Horas	acen	El ponerso El inclina	e en cuclillas: rse/que dobla:	s horas hace el o sig	Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas		Arrodillar El alcanza	miento: ar para arriba:		Horas Horas
Cuántas hora Día Normal/Turno: Semana:	Horas Horas Horas se requiere que levante	Constante	El alcanza El torcer: Arrastre: El subir d Usando un Usando el Empujando Jalando: Cargando	e la escalones: e la escalera: na computadora: l teléfono:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas 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	mente	A menudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	LETICIA PANTOJA		SSN:	XXX-XX3743		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C) ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	.?				
Si no fue a ı	un cuarto de emerger	icia, se presento en algú	in otro tipo d	le centro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del ac	ecidente?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/02/23

PATIENT #

Nombre: LETICIA PANTOJA SSN: XXX-XX3743

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

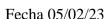
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
TORMA DI	RENUNCIA DE INATAMIENTO			
YO, SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIF	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	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			
RECOMEN	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	KPLICADA	S A MI ANTES DEL TRATAMIEN	TO.
COMPREN	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO I	PARA OBTENIR AUTORIZACION	I PARA
MI TRATA	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMP	RENDO QUE YO NO PUEDO REC	CIBIR
TRATAMII	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACI	ON FIRMADA MI MEDICO. ADE	MAS,
COMPREN	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION A	ACTUAL
MEJORE. F	FzDQ			
SI MENOR	:			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Eirmo			





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	Pagina (1 de		
2)				

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.

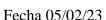
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<i>‡</i>			
Nombre:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de d ella sólo Occidental información relaciona	latos,
	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 05/02/23

PATIENT#					
Nombre:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743		

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:	LETICIA PANTOJA	SSN:	XXX-XX3743	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			