

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/15/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909
Direccion:	2834 WEST BLVD	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	05/25/1964
Teléfono:	(213)880-6286	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/25/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE TIÓN		
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerp	00:
Direccion:	640 S SAN VICENTE BLVD 481		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048		
Teléfono:	(424)266-7878	Dx:	
INFORMAC	TIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	IÓN 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 Persoi	— nal y Asignacion d	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que Wo mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	formacion pertinente a este accidente en
		02	2/15/23
ROLDAN A	ACOSTA	F	echa firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	. #						
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	A		SSN:	XXX-XX7	7909	
INFORMA	CION DEL TRABA	\JO#					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cu	iántas horas le hace				horas hace el o sig	
Sentarse:		Horas		El ponerse ei			Horas
Pararse:		Horas		El inclinarse	^		Horas
Caminar:		Horas		Arrodillamie			Horas
Manejar:		Horas		El alcanzar p			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			El alcanzar h	acia fuera:		Horas
Día		Horas		El torcer:			Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:		Horas		El subir de la			Horas
				El subir de la			Horas
					computadora:		Horas
				Usando el tel	léfono:		Horas
				Empujando:			Horas
				Jalando:			Horas
			(Cargando co	sas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante	Constantem	ente .	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:	1					
11 lbs a 25 lbs:			}	\longrightarrow			
26 lbs a 50 lbs:			-				
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo i	ncluye		Constantem	ente .	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:	1					
Movimiento re	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	a precisión:						
Equilibrio:	1-1 (1 /1 1	-:<] []
	le la computadora/del co nizado para la eficacia :						{ }
	simultánea y teléfono:			{ }_			{
Companion a] [] [



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ROLDAN ACOSTA		SSN:	XXX-XX7909		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	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				
	sta reciviendo tratan n, favor llenar lo sig	niento medico por la uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/15/23

PATIENT #

Nombre: ROLDAN ACOSTA SSN: XXX-XX7909

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

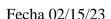
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	~	
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
COMPRENI	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PARA	A OBTENIR AUTORIZACION PARA
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F			
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	restigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909	
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.

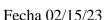
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	to y la gestión de si	de ser utilizada para enviarle información que u condición médica. De nuestra base de datos ella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi infor	mación de la salud	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 02/15/23

PATIENT #				
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909	

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



PATIENT #	:			
Nombre:	ROLDAN ACOSTA	SSN:	XXX-XX7909	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMA	FION		
	Pac	eiente:		
		Firma:		
		Fecha:		
		Firma:		
		Fecha:		