

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

AXEL BOJ

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

Nombre:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	251 NORTH REXFORD DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90210	FDN:	06/23/1976
Teléfono:	(323)376-1344	Edad:	46
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/12/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	FADDUOL, KERSEY	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11611 SAN VICENTE BLVD GROUD F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90049		
Teléfono:		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	ı para Proporcionar Informacion Persona	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	t-Star Physical Th	_
		04/24/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	AXEL BOJ			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABA	JO#						
Cargo:								
D 1 1/ 1								
Descripción de	las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO						
5	4.1 0.1	, , , , ,		En un di	io normal	Cuéntes l	noras hace el o si	guionto
Sentarse:	a típico de 8 horas, cua	intas horas le hace Horas	en		se en cucli		loras nace er o si	Horas
Pararse:		Horas		_	arse/que d			Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	_			Horas
		Horas		El alcanz	zar para ar	riba:		Horas
Manejar:		Horas			zar hacia fi			Horas
	as trabaja en un			El torcer	•			Horas
Día Normal/Turno:		Horas		Arrastre:				Horas
Semana:		Horas			de la escal	ones:		Horas
					de la escal			Horas
					una compu			Horas
					el teléfono			Horas
						•		\rightarrow
				Empujan	100:			Horas
				Jalando:				Horas
				Cargand	o cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que le	vante	Constanter	nente	A mer	nudo	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 in	ncluye		Constanter	nente	A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:							
Movimiento rep	petidor de pies :						·	
El agarrar de la								
Dirección de la	precisión:							
Equilibrio:	1 . 1	2 1						
	e la computadora/del co	jin de tacto :		[———	
	izado para la eficacia : imultánea y teléfono :							{
Computationa Si	imuitanca y telefono.							



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	AXEL BOJ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/24/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999

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

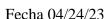
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA 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		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA EN SIN LA AC		
MEJORE. Fz		NO GUARANT	IZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJOKE, FZ	aDQ		
CLATENOD			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma		





PATIENT #				
Nombre:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	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.

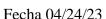
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utilizad	la por nuestro personal para enviarl	e
usted puede nosotros tan	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la phién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de su	condición médica. De nuestra base	e de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud j	para los servicios sobredichos.	

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 04/24/23

PATIENT #			
Nombre :	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999
l			

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:	AXEL BOJ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			