

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2707 RANDOLPH ST APT 243	Sexo:	
Ciudad, Zip:	HUNTINGTON PARKCA90255	FDN:	07/17/1965
Teléfono:	(323)906-5764	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:]	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/14/2022	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		08/17/23	
LAMBERTO	O ACOSTA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	:#					
Nombre:	LAMBERTO ACOSTA		SSN:	XXX->	(X9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	v1O				
Duranto un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le	hacan	En un di	ia normal. Cuánt	as horas hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas	naccii		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		El inclina	arse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodilla	ımiento:		Horas
	Horas		El alcanz	zar para arriba:		Horas
Manejar:				zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas			de la escalones:		Horas
				de la escalones.		Horas
						\dashv
				una computadora:		Horas
				el teléfono:		Horas
			Empujan	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	o cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constanten	nente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:	:			-	 	$\exists \vdash$
26 lbs a 50 lbs:	:		<u> </u>	>	1	1
51 lbs a 75 lbs:	:					
76 lbs a 100 lb						
más de 100 lbs	:					
Mi trabajo i	ncluye	Constanten	nente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:					
Movimiento re	petidor de pies :		\longrightarrow	-	}	\exists
El agarrar de la	a energía:		}	>	1	
Dirección de la	a precisión:		\longrightarrow		 	<u> </u>
Equilibrio:			<u> </u>	,	1	1
	de la computadora/del cojín de tacto:					
	nizado para la eficacia:					
Computadora s	simultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	LAMBERTO ACOS	ГА	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/17/23

PATIENT #

Nombre: LAMBERTO ACOSTA 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

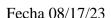
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:		
Nombre:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999
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 CE 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 DE CO Y QUE O MPRENDO C ERTIFICADO KPLICADAS A MEDICO PA IEN COMPRI	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO BTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI QUE SERE EVALUADO(A) POR UN Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. RA OBTENIR AUTORIZACION PARA ENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR	:		
El	Fecha:		





PATIENT #					
Nombre:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999		

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.

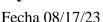
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	£			
Nombre:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la s os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviar	·le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento enbién le podemos enviar información que de interés a usted**	y la gestión de s	su condición médica. De nuestra bas	se de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ción 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 08/17/23

PATIENT#					
Nombre:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999		

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:	LAMBERTO ACOSTA	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVACV A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	D : 4			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Firma Fecha:			