

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre :	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	7626 S HOBART BLVD	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90047	FDN:	08/02/1972
Teléfono:	(323)533-1864	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/13/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025		
Teléfono:	(310)606-2156	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	ON 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 Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West- mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		06/22/23	
JUAN CARI	LOS MARTINEZ HERNANADEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 06/22/23

PACIENTE #	ŧ						
Nombre:	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNA	ANADEZ	SSN:	XX	(X-XX99	99	
INFORMACI	ION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Cargo.							
Descripción de l	as funciones:						
DETALLES A	ADICIONALES DEL TRABAJO)					
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le hac	en	En un dia n	normal, Cu	uántas ho	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas		El ponerse e	en cuclillas	:		Horas
Pararse:	Horas		El inclinarse	e/que dobla	ı:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodillami	ento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcanzar j	para arriba	:		Horas
	s trabaja en un		El alcanzar l	hacia fuera	1:		Horas
Día	s trabaja en un		El torcer:				Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre:				Horas
Semana:	Horas		El subir de l	la escalone	s:		Horas
			El subir de l	la escalera:			Horas
			Usando una	computado	ora:		Horas
			Usando el te				Horas
			Empujando:				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargando co	osas pesada	as:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constant	emente	A menudo)	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		\dashv		1
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs:							
más de 100 lbs:							
Mi trabajo inc	cluye	Constant	emente	A menudo)	A veces	Nunca
Movimiento repe							
Movimiento repe							
El agarrar de la e							
Dirección de la p	orecision:						
Equilibrio:	la computadora/del cojín de tacto :						-{ }
	zado para la eficacia:		}		{ }		-{ }
	nultánea y teléfono :				$\longrightarrow \mid \mid$		-{ }



Injury Informacion

Fecha 06/22/23

PATIENT #						
Nombre:	JUAN CARLOS MA	RTINEZ HERNANADEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN 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	cia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?						
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/22/23

PATIENT #

Nombre:

JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ

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

Fecha 06/22/23

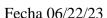
PATIENT #					
Nombre :	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ	SSN:	XXX-XX9999		

FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	
-	





PATIENT #

Nombre:	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ	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.

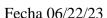
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
3)			
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud so de cita.	erá utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tar		stión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información d	e la salu	nd para los servicios sobredichos.

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

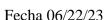
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





PATIENT #

Nombre: JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ 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



Fecha 06/22/23

PATIENT #							
Nombre:	JUAN CARLOS MARTINEZ HERNANADEZ	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_						
	Fecha:_						
	Firma:						
	Facha:						