

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/10/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA MEJIA

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	MARIA MEJIA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2649 PARKWAY DRIVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	EL MONTECA91732	FDN:	11/28/1959
Teléfono:	(626)434-6734	Edad:	63
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/30/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025		
Teléfono:	(310)606-2156	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		
		05/10/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA MEJIA		SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#					
Cargo:						
Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO				
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas ho Horas	ras le hacen	El ponerse	a normal, Cuántas e en cuclillas: rse/que dobla:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas		Arrodillar			Horas
Manejar:	Horas			ar para arriba: ar hacia fuera:		Horas
Día Normal/Turno: Semana:	Horas o se requiere que levante	. Constant	El subir de Usando un Usando el Empujando Jalando: Cargando		A veces	Horas Nunca
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:						
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #	ŧ					
Nombre:	MARIA MEJIA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?			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, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/10/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: MARIA MEJIA 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

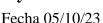
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA MEJIA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MUPROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
			. ,
	~		
	RATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN ERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y ECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. OMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA II TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR RATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, OMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL IEJORE. FZDQ		
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		NO GUARANT	IZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJOKE, FZ	aDQ		
SI MENOR:			
SI WIENUK:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma:		





PATIENT #						
Nombre:	MARIA MEJIA	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE F	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.

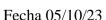
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA MEJIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ıda por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredich	os.

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 05/10/23

PATIENT #				
)		
Nombre:	MARIA MEJIA	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 #	PATIENT #						
Nombre:	MARIA MEJIA	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente :						
	Firma:						
	Fecha:						
	Firma:						
	Fecha:						