

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

LUIS FLORES

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	LUIS FLORES	SSN:	XXX-XX7637
Direccion:	481 W 41ST STREET STE 4	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92407	FDN:	05/07/1971
Teléfono:	(909)266-4213	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/27/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B	Ī	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO	_	
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 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	st-Star Physical Th	_
		03/08/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE :	#						
Nombre:	LUIS FLORES		SSN:		XXX-XX	7637	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	О					
Durante un día Sentarse: Pararse:	típico de 8 horas, cuántas horas le h Horas	acen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	llas:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas			amiento:			Horas
Manejar:	Horas			zar para arr zar hacia fu			Horas
	as trabaja en un		El alcan		iera:		Horas Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargando cosas pesadas:			Horas	
10 lbs o menos:	o se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	A veces	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:							
Mi trabajo in	cluye	Constante	emente	A men	udo	A veces	Nunca
	etidor de manos:						
El agarrar de la	energía:		$\overline{}$				7
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	e la computadora/del cojín de tacto :						
	izado para la eficacia:						-
	multánea y teléfono :	}					



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	LUIS FLORES		SSN:	XXX-XX7637		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in 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	lico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/08/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: LUIS FLORES SSN: XXX-XX7637

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

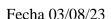
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	LUIS FLORES	SSN:	XXX-XX7637	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OCIDO	MIENTO I ICO Y QUI IMPRENDO ERTIFICA KPLICADA I MEDICO IEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA E O QUE SERE EVALUADO(A) POR DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIEN PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECION FIRMADA MI MEDICO. ADI	O QUE YO ES MI R UN NTO. N PARA CIBIR EMAS,
SI MENOR:				
El	Firma:Fecha: Fecha: Testigo(a):			





PATIENT #				
Nombre:	LUIS FLORES	SSN:	XXX-XX7637	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD F	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.

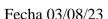
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	LUIS FLORES	SSN:	XXX-XX7637	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	para los servicios sobredich	108.

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 03/08/23

PATIENT #			
Nombre :		SSN:	
Nombre:	LUIS FLORES	SSIN:	XXX-XX7637

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:	LUIS FLORES	SSN:	XXX-XX7637				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_ Fecha:_						
	Firma:_ Fecha:						