

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	JOSE VILLALOBOS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1235 E IMPERIAL HWY APT 2	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90059	FDN:	08/06/1995
Teléfono:	(832)670-0687	Edad:	27
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	CION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/05/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE CIÓN		
Nombre:	TEHRANI, BENJAMIN	Partes del cuerpo	:
Direction:	3514 S CENTRAL AVE		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90011		
Teléfono:	(323)843-3668	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN 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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que Wo mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical Tl	ormacion pertinente a este accidente en
		05/09/23	
JOSE VILL	ALOBOS	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #							
Nombre:	JOSE VILLALOBOS		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas Horas	acen	El poner	se en cuclil arse/que do	las:	noras hace el o si	guiente  Horas  Horas  Horas
Caminar: Manejar:	Horas		El alcana	amiento: zar para arri zar hacia fu			Horas Horas
Cuántas hora Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un  Horas  Horas		El torcer Arrastre: El subir El subir Usando o Usando o Empujar Jalando:	e: de la escalo de la escale una comput el teléfono: ndo:	ones: ra: adora:		Horas
En mi trabaj 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:	:	Constant	emente	A menu	ado	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A ment	ado	A veces	Nunca



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JOSE VILLALOBOS	3	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
Estuvo en la	Cala da Emanganai	20			Yes	No
	Sala de Emergencia			(1)		
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico'?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	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 lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/09/23

PATIENT #

Nombre: JOSE VILLALOBOS 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

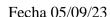
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JOSE VILLALOBOS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	O QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTAI	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE F	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O 1	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OB	TENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMIE	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QU	UE SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE	ERTIFICADO Y	Y QUE LA EVALUACION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
COMPRENI	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PAR	RA OBTENIR AUTORIZACION PARA
MI TRATAN	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMPRE	NDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARAN	TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F2	zDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	l estigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #					
Nombre:	JOSE VILLALOBOS	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.

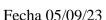
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE VILLALOBOS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	ıda por nuestro personal par	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	su 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 05/09/23

PATIENT #					
Nombre :	JOSE VILLALOBOS	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:	JOSE VILLALOBOS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACT	TOTAL ON THE PROPERTY OF THE P			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			