

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/08/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146			
Direccion:	12351 CORVETTE ST	Sexo:	М			
Ciudad, Zip:	GARDEN GROVE,CA,92841	FDN:	04/23/1975			
Teléfono:	(714)423-1054	Edad:	47			
Telé trabajo :		Email:				
Telé celular:						
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#					
Fecha::	05/20/2022	Post-cirugia :				
Tipo:	WC	FDC:				
DOCTOR QU INFORMACE	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN					
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:			
Direccion:	421 N BROOKHURST STREET STE 21					
Ciudad, Zip:	ANAHEIM,CA,92801					
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:				
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO					
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono :				
INFORMACIÓN DE EMPLEO :						
Nombre:		Direccion:				
Ciudad, Zip:		Teléfono :				
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA						
Nombre :		Nombre :				
Direccion:		Direccion:				
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:				
Tipo:		Tipo:				
Ins Nombre :		Ins Nombre:				
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:				
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios			
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.						
		02/	08/23			
JORGE SAN	NCHEZ	Fee	cha firmada			



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE:	PACIENTE #								
Nombre:	JORGE SANCHEZ		SSN:	XXX-X	X-1146				
INFORMACION DEL TRABAJO #									
Cargo:									
Descripción de	Descripción de las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	Ю							
Durante un día	típico de 8 horas, cuántas horas le h	nacen	En un dia	a normal, Cuánta	as horas hace el o sig	guiente			
Sentarse:	Horas			e en cuclillas:		Horas			
Pararse:	Horas		El inclina	rse/que dobla:		Horas			
Caminar:	Horas		Arrodillaı	miento:		Horas			
Manejar:	Horas		El alcanza	ar para arriba:		Horas			
	ıs trabaja en un		El alcanza	ar hacia fuera:		Horas			
Día			El torcer:			Horas			
Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas			
Semana:	Horas		El subir d	e la escalones:		Horas			
			El subir d	e la escalera:		Horas			
			Usando u	na computadora:		Horas			
			Usando el	l teléfono:		Horas			
			Empujano	do:		Horas			
			Jalando:			Horas			
		(Cargando	cosas pesadas:		Horas			
En mi trabajo	se requiere que levante	Constanteme	ente	A menudo	A veces	Nunca			
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:			{ }		{ }	{ }			
Mi trabajo in	cluye	Constantem	ente	A menudo	A veces	Nunca			
Movimiento repetidor de manos:									
Movimiento repetidor de pies :			\longrightarrow						
El agarrar de la energía:									
Dirección de la precisión:									
Equilibrio:			[} [{			
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :			}		{ }	{			
Computadora simultánea y teléfono :			{}		{ }	{ }			



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	JORGE SANCHEZ		SSN:	XXX-XX-1146				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	Si no fue a un cuarto de emergencia, se presento en algún otro tipo de centro médico?							
Se tomaron rayos x?								
Si fue un acc	Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?							
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/08/23

PATIENT #

Nombre: JORGE SANCHEZ SSN: XXX-XX-1146

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

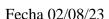
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!		
Nombre:	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146
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 CI 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 D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
SI MENOR	:		
El	Firma:Fecha:		





PATIENT #						
Nombre:	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146			
	,					

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.

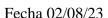
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





DATERIT #

FATIENT#						
Nombre :	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146			
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para en	ıviarle		
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra	a base de datos,		
	Por Favor no utiliza mi información	n 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 02/08/23

PATIENT #					
Nombre:	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146		

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

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:	JORGE SANCHEZ	SSN:	XXX-XX-1146			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	геспа:_					
	Firma:_ Fecha:					