

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	YOUNG ALVIZURES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1148 N LEMON STREET APT 3	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ORANGECA92867	FDN:	09/05/1988
Teléfono:	(657)562-7048	Edad:	34
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(714)589-3876		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/29/2018	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	RUSSMAN, MARINA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	12115 PARAMOUNT BLVD		
Ciudad, Zip:	DOWNEYCA90242		
Teléfono:	(562)242-2070	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	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 aseș	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/25/23	
YOUNG ALVIZURES		- Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	YOUNG ALVIZURES		SSN:	()	XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	SAJO					
Durante un día Sentarse: Pararse: Caminar:	Horas Horas Horas	le hacen	El poner El inclir Arrodill	rse en cuclilla narse/que dob amiento:	as: ola:	oras hace el o si	guiente Horas Horas Horas
Manejar:	Horas			zar para arrit zar hacia fue			Horas
Día Normal/Turno: Semana:	Horas o se requiere que levante	Constant	El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	: de la escalor de la escaler una computa el teléfono: ndo:	a: adora: das:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:							
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menue	do	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	YOUNG ALVIZURE	S	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :				X 7	N.I.
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesiór	n, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/25/23

PATIENT #

Nombre: YOUNG ALVIZURES 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

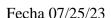
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	YOUNG ALVIZURES	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y COACION de EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAME ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	AMIENTO DA ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICADA XPLICADA I MEDICO DA BIEN COMP UTORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECII ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI O. PARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: _ Fecha: _			- - - -





PATIENT #		

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

YOUNG ALVIZURES

3)

Nombre:

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.

SSN:

XXX-XX9999

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.

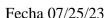
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	YOUNG ALVIZURES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informació su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacion	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación 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 07/25/23

PATIENT #					
Nombre:	YOUNG ALVIZURES	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 #				
Nombre:	YOUNG ALVIZURES	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVIA CW.	CYNONY ED CHENT INCODINATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			