

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ROSA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	327 SOUTH ROSE STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92805	FDN:	01/16/1968
Teléfono:	(714)395-2832	Edad:	55
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/12/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	MOBIN, FARDAD	Partes del cuerpo	:
Direccion:	120 S SPALDING DRIVE STE 305]	
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90212		
Teléfono:	(310)829-5888	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/09/23	
ROSA GOM	1EZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	ROSA GOMEZ			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO						
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, c	cuántas horas le haco	en		lia normal,		noras hace el o si	guiente Horas
Pararse:		Horas			arse/que do			Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcan	zar para arri	iba:		Horas
	as trabaja en un			El alcan	zar hacia fu	era:		Horas
Día	as trabaja en un			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
				El subir	de la escale	era:		Horas
				Usando	una comput	tadora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empujar	ndo:			Horas
				Jalando:				Horas
				Cargand	lo cosas pes	adas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que	levante	Constante	mente	A menu	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:							
11 lbs a 25 lbs:				$\overline{}$				1
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs] []
mas de 100 ms	•							
Mi trabajo in	ncluye		Constante	mente	A menu	udo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:								
	petidor de pies :							
El agarrar de la] []
Dirección de la Equilibrio:	precision:						-	{
	le la computadora/del o	coiín de tacto :						{
	nizado para la eficacia							{ }
	simultánea y teléfono :			$\overline{}$				{



Injury Informacion

PATIENT #	‡					
Nombre :	ROSA GOMEZ		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE#				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tino de ce	ntro mádico?		
Se tomaron		nera, se presento en argu	in otro tipo de cei	ntro medico:		
	•					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	lo manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratar	miento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/09/23

PATIENT #

Nombre: ROSA GOMEZ 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

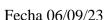
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROSA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y KPLICADAS A M	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y II ANTES DEL TRATAMIENTO.
MI TRATAN TRATAMIE COMPRENI	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	IEN COMPRENI TORIZACION F	DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
MEJORE. Fz	žDQ		
SI MENOR:			
Ell	Firma: Fecha:		





ROSA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
	ROSA GOMEZ	ROSA GOMEZ SSN:	ROSA GOMEZ SSN: XXX-XX9999

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.

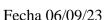
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	ROSA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de da ella sólo Occidental información relaciona	atos,
	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 06/09/23

PATIENT #					
Nombre:	ROSA GOMEZ	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:	ROSA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente :					
	Firma:_ Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					