

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/11/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	JOSE MENDOZA CLARA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1541 WILCOX AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90028	FDN:	06/02/1994
Teléfono:	(562)713-7837	Edad:	29
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/24/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	CHARCHIAN, BENY	Partes del cuerp	0 :
Direccion:	9730 WILSHIRE BLVD STE 110		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90212		
Teléfono:	(310)274-1500	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI 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	e 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 infest-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		08/11/23	
JOSE MEN	DOZA CLARA	Fecha fir	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre: JOSE MENDOZA CLARA SSN: XXX-XX9999	
700770000	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas Horas En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas Horas El inclinarse/que dobla: Horas	
Pararse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas	
Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas	
Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas	
El torcer:	
Normal/Turno: Horas Arrastre:	
Semana: El subir de la escalones: Horas	
El subir de la escalera: Horas	
Usando una computadora: Horas	
Usando el teléfono: Horas	
Empujando: Horas	
Jalando: Horas	
Cargando cosas pesadas: Horas	
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunc	a
10 lbs o menos:	
11 lbs a 25 lbs:	$\overline{}$
26 lbs a 50 lbs:	$\overline{}$
51 lbs a 75 lbs:	
76 lbs a 100 lbs:	
más de 100 lbs:	
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunc	a
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio: Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :	\longrightarrow
Trabajo sincronizado para la eficacia:	$-\!-\!-\!$
Computadora simultánea y teléfono :	\longrightarrow



Injury Informacion

PATIENT #									
Nombre:	JOSE MENDOZA C	LARA	SSN:	XXX-XX9999					
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	nente su accidente: :								
					Yes	No			
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?							
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?					
Se tomaron ra	nyos x?								
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?					
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?						
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión							
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la							
misma lesión,	, favor llenar lo sign	niente?							
Nombre:									
Direccion:									
Ciudad, Zip:									
Teléfono									



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/11/23

PATIENT #

Nombre: JOSE MENDOZA CLARA 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

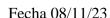
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JOSE MENDOZA CLARA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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 ZDQ	MIENTO DI CO Y QUE (MPRENDO ERTIFICAD(XPLICADAS MEDICO P IEN COMPI	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES QUE SERE EVALUADO(A) POR O Y QUE LA EVALUACION Y A MI ANTES DEL TRATAMIEN ARA OBTENIR AUTORIZACION RENDO QUE YO NO PUEDO RECON FIRMADA MI MEDICO. ADE	QUE YO S MI UN TO. I PARA CIBIR MAS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	JOSE MENDOZA CLARA	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.

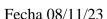
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 MENDOZA CLARA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para env	riarle
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	su condición médica. De nuestra l	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la saluc	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 08/11/23

	PA	T	IEI	T	#
--	----	---	-----	---	---

Nombre:	JOSE MENDOZA CLARA	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:	JOSE MENDOZA CLARA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			