

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/10/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JACOB FRANCO GUTIERREZ

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3233 CENTURY BLVD	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	SOUTH GATECA90280	FDN:	12/21/1979
Teléfono:	(562)414-9182	Edad:	43
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/23/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASHANI, HOUMAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	2214 S HOOVER ST		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90007		
Teléfono:	(213)622-3100	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direction:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	SSN:	XXX-XXS	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Dumanta un dí	o tímico do O homos ovántos homos la ho	En un d	ia normal, Cuántas l	horas hace el o s	igniente
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha		se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		arse/que dobla:		Horas
		Arrodilla	*		Horas
Caminar:	Horas		zar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El torce		<u></u>	Horas
Día Normal/Turno:	. Horas				
Semana:	Horas	Arrastre			Horas
Scilialia.	Horas		de la escalones:		Horas
			de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
		Usando	el teléfono:		Horas
		Empujar	ndo:		Horas
		Jalando:			Horas
		Cargand	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:				
11 lbs a 25 lbs:					1
26 lbs a 50 lbs:					7
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs					
más de 100 lbs	:				
Mi trabajo in	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
-	petidor de manos:				
	petidor de pies :				
El agarrar de la	energía:				\exists
Dirección de la	precisión:				7
Equilibrio:					7
Uso del ratón d	le la computadora/del cojín de tacto:				1
Trabajo sincror	nizado para la eficacia :				1
Computadora s	simultánea y teléfono:				7



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JACOB FRANCO G	UTIERREZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico 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 04/10/23

PATIENT #

Nombre: JACOB FRANCO GUTIERREZ 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

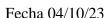
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	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 MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE EMPRENDO ERTIFICADA EMEDICO I IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	•			
El	Firma: Fecha:			





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	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.

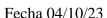
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





DATERIT #

FAIIENI #	•			
Nombre :	JACOB FRANCO GUTIERREZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para	enviarle
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 nues	tra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	para los servicios sobredicho	os.

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 04/10/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	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:	JACOB FRANCO GUTIERREZ	SSN:	XXX-XX9999	
DDW/A CW/ A	CYNONY ED CHANT INCODING TWO			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			