

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/20/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1800 GAVIOTA AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90806	FDN:	08/25/1973
Teléfono:	(310)809-2612	Edad:	49
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::		Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BERGEY, DARREN L	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA		
Teléfono:	(714)508-1981	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	ON 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 Personal	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	coporcione la info S-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		03/20/23	
HOLMAN R	CODRIGUEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Cu1 501							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Duranta un día	a típico de 8 horas, cuántas horas l	la hacan	En un c	lia normal	. Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas	ie nacen		rse en cucli			Horas
Pararse:	Horas		El inclir	narse/que d	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arı	riba:		Horas
				ızar hacia fı			Horas
	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escal	ones:		Horas
				de la escal			Horas
				una compu			Horas
				el teléfono			Horas
					•		\rightarrow
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	temente	A men	nudo	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:					\longrightarrow		
Mi trabajo in	ncluye	Constant	temente	A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :		$\overline{}$			·	
El agarrar de la energía:					-		
Dirección de la precisión:							
Equilibrio:					(
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :					[-	
	izado para la eficacia:						_{ }
Computadora Si	imultánea y teléfono :						



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	HOLMAN RODRIGU	JEZ	SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE # Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a un	cuarto de emerger	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 accide	nte?			
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?				
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión					
Si todavía esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión, favor llenar lo siguiente?							
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono						==	



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/20/23

PATIENT #

Nombre: HOLMAN RODRIGUEZ 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

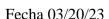
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ	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 CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFICIO	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAL KPLICADA MEDICO I IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION D PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN TO. PARA BIR MAS,
SI MENOR				
El	Firma:Fecha:			- - - -





PATIENT #	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 de

HOLMAN RODRIGUEZ

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.

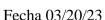
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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

Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la salud	d será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
La informac 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 s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredici	hos.

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 03/20/23

PATIENT#						
Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ	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 #	ł .			
Nombre:	HOLMAN RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:			
	recha			
	Firma:_ Fecha:			