

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

OSCAR VILLEDA

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	OSCAR VILLEDA	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	1144 E HIGHLAND ST APT C	Sexo:	M		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92703	FDN:	07/29/1984		
Teléfono:	(714)759-6087	Edad:	38		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	02/15/2023	Post-cirugia:			
Tipo:	PI	FDC:			
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN					
Nombre:	TRUONG, NGOC	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	3420 BRISTOL STREET STE 700				
Ciudad, Zip:	COSTA MESACA92626				
Teléfono:	(714)485-3599	Dx:			
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMACI	ÓN 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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios		
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 07/17/23					
					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	OSCAR VILLEDA		SSN:		XXX-XX	9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le	e hacen	El pone	dia normal, rse en cuclil narse/que do	llas:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:			Horas
Manejar:	Horas			ızar para arr	iba:		Horas
				nzar hacia fu			Horas
Cuantas nor Día	as trabaja en un		El torce	er:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	e:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	tadora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	do cosas pes	sadas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	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	S:					}	
más de 100 lbs	:						7
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la Equilibrio:	precision:						
_	le la computadora/del cojín de tacto:	-					-{ }
	nizado para la eficacia :	-					$\langle \cdot \rangle$
Computadora s	imultánea y teléfono :						<u> </u>



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	OSCAR VILLEDA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
П. 1		0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/17/23

PATIENT #

Nombre: OSCAR VILLEDA 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

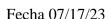
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	OSCAR VILLEDA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO, SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO QUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			OUE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			_
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			Ю.
	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			
MEJORE. F				
SI MENOR:				
El.	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			_
	Firma:			_
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





Nombre: OSCAR VILLEDA SSN: XXX-XX9999	
---------------------------------------	--

AVISO DE PRACTICAS 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.

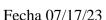
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	OSCAR VILLEDA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliz	ada por nuestro personal para e	enviarle
recordatorio La informac	os de cita. ción sobre Tratamientos: Su información de	la salud pu	ede ser utilizada para enviarle	información que
usted puede nosotros tan	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 nuest	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	d para los servicios sobredicho:	s.

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 07/17/23

PATIENT #			
Nombre:	OSCAR VILLEDA	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 #	<u> </u>			
Nombre:	OSCAR VILLEDA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			