

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067
Direccion:	42 FIR VIA	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801	FDN:	01/12/1962
Teléfono:	(714)615-2058	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/24/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	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	v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		08/01/23	
AMADOR P	IMENTAL TINAJERO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	AMADOR PIMENTAL TINAJE	RO	SSN:		XXX-XX7	067	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAF	BAJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas	le hacen	El pone	dia normal, (rse en cuclill narse/que dob	as:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	<i>J</i> 1a.		Horas
Caminar: Manejar:	Horas			ızar para arril	ba:		Horas
				nzar hacia fue			Horas
	ras trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno	Horas		Arrastre:			Horas	
Semana:	Horas		El subir	de la escalor	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	ra:		Horas
			Usando una computadora:			Horas	
			Usando el teléfono:			Horas	
			Empujando:			Horas	
			Jalando:			Horas	
			Cargando cosas pesadas:				Horas
_	o se requiere que levante	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
10 lbs o menos					[-	
26 lbs a 50 lbs:						-	-
51 lbs a 75 lbs:					$$ $\}$	-	-
76 lbs a 100 lbs	s:	}			\longrightarrow $\}$	·	
más de 100 lbs	:		$\overline{}$		\longrightarrow		
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la Dirección de la							
Equilibrio:	i precision.				}		-{
_	le la computadora/del cojín de tacto :						
	nizado para la eficacia :						$\exists \vdash $
Computadora simultánea y teléfono :					\longrightarrow		7



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	AMADOR PIMENTA	AL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067		
INFORMAC	IÓN 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	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/01/23

PATIENT #

Nombre: AMADOR PIMENTAL TINAJERO SSN: XXX-XX7067

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

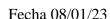
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	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 CHE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIE ON FIRMADA MI MEDICO. ADEM.	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





ID.	A	7	TIT	П	44

Nombre:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067

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.

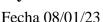
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	nede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	d para los servicios sobredichos.

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

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 08/01/23

PATIENT #			
Nombre:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067

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:	AMADOR PIMENTAL TINAJERO	SSN:	XXX-XX7067	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			