

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

	·		
Nombre:	JOSE MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975
Direccion:	9136 E ARTESIA BLVD	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	BELLFLOWERCA90706	FDN:	09/28/1980
Teléfono:	(510)246-6900	Edad:	42
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	09/29/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre :		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN 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 Person	– al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Tl	_
		02/24/23	
JOSE MENI	DEZ	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JOSE MENDEZ		SSN:	X	(XX-XX19	75	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	ABAJO					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas hora	as le hacen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cuclilla narse/que dob			Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob lamiento:	01a:		Horas
Caminar:	Horas						Horas
Manejar:	Horas			ızar para arrib ızar hacia fue			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		ıa.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			· de la escalon	ies.		Horas
				de la escalera			Horas
				una computa			Horas
				el teléfono:	doru.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
				do cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant		A menuc		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		<u> </u>			\longrightarrow		{
más de 100 lbs:		}			\longrightarrow		{
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A menuo	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la Dirección de la					}		
Equilibrio:	precision.				}		{
	e la computadora/del cojín de tact	o:			\longrightarrow		{
	nizado para la eficacia :				\longrightarrow		₹
Computadora s	imultánea y teléfono:				\longrightarrow		1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	JOSE MENDEZ		SSN:	XXX-XX1975		
INFORMACI	IÓN DE LESIÓN C	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 sig	aiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/24/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre: JOSE MENDEZ SSN: XXX-XX1975

INFORMACIÓN DEL DOLOR

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

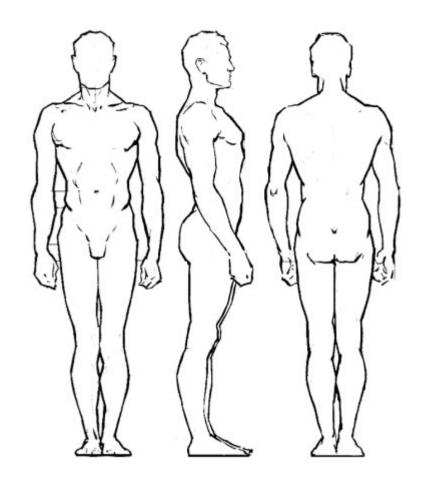
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

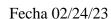
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	JOSE MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975
FORMA DE I	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
FORMA DE 1	RENUNCIA DE IRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEN TRATAMIEN	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O DQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y KPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ESIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI ES ERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR STRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
	Firma: Fecha: Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	JOSE MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975	
AVISO DE I	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.

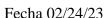
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tam	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	l para los servicios sobredichos	3.

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:

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 02/24/23

PATIENT #					
Nombre :	JOSE MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975		

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 MENDEZ	SSN:	XXX-XX1975			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					