

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	145 E PLATT STREET	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	04/26/1987
Teléfono:	(562)200-2186	Edad:	36
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/28/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HASSANIN, MOHAMED	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5220 CLARK AVE STE 200		
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90712		
Teléfono:	(562)210-5141	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#:	
A (1) A			
	n para Proporcionar Informacion Persona		0
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	*
		07/07/23	
OSCAR ME	NDOZA OCHOA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA		SSN:	XXX-XXS	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)				
	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	COII		normal, Cuántas l	noras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:	Horas			en cuclillas: se/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		Arrodillam	-		Horas
Caminar:	Horas			para arriba:		Horas
Manejar:	Horas			hacia fuera:		Horas
	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas		El subir de	la escalones:		Horas
			El subir de	la escalera:		Horas
			Usando un	a computadora:		Horas
			Usando el	teléfono:		Horas
			Empujando):		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando o	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantem	ente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:						
11 lbs a 25 lbs:			\longrightarrow			
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:			}			{ }
Mi trabajo in	· ·	Constantem	ente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos: petidor de pies :					}
El agarrar de la			}			{ }
Dirección de la			$\longrightarrow \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \$			{ }
Equilibrio:			$\longrightarrow \vdash$			{ }
	e la computadora/del cojín de tacto :		$ \longrightarrow $			
	nizado para la eficacia:					
Computadora s	imultánea y teléfono:					



Injury Informacion

PATIENT #	‡					
Nombre:	OSCAR MENDOZA	ОСНОА	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1s	a Sala de Emergencia	م م			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tino de cei	atro médico?		
Se tomaron		icia, se presento en arge	in ono upo de eei	itro medico:		
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	in, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/07/23

PATIENT #

Nombre: OSCAR MENDOZA OCHOA 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

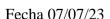
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE F CO Y QUE OB MPRENDO QUE ERTIFICADO Y EPLICADAS A MEDICO PAF IEN COMPRES TORIZACION	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO STENIENDO FISIOTERAPIA ES MI UE SERE EVALUADO(A) POR UN Y QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. RA OBTENIR AUTORIZACION PARA NDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR I FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El	Firma: Fecha:		





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

Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA	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.

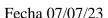
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #	!			
Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA	SSN:	XXX	-XX9999
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	е		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliz	ada por nues	stro 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 condiciór	n médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salu	d para los se	rvicios sobredichos.

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 07/07/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	OSCAR MENDOZA OCHOA	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:	OSCAR MENDOZA OCHOA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			