

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 24/01/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	107S CARONDELETE ST APT 3	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90057	FDN:	12/31/1957
Teléfono:	(213)910-0457	Edad:	65
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/07/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
INFORMAC Nombre:	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN SCHIFFMAN, MICHAEL	Partes del cuerpo	<u>-</u>
Direccion:	8610 S. SEPULVEDA, SUITE 101	rartes del cuerpo	•
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90045		
Teléfono :	(310)337-1643	Dx:	
		1	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA		
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:		
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en l'est-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los		
	24/01/2023		
NIEVE AREVALO	Fecha firmada		



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	2 #				
Nombre:	NIEVE AREVALO		SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO #			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO			

During: Hoa typical 8 hour day	y, How malt	hootusrs do you				
Sentarse:		Horas				
Pararse:		Horas				
Caminar:		Horas				
Manejar:		Horas				
Cuántas horas trabaja en un						
Día Normal/Turno:		Horas				
Semana:		Horas				
En un dia normal, Cuántas hor	n un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente ponerse en cuclillas: Horas inclinarse/que dobla: Horas rodillamiento: Horas alcanzar para arriba: Horas alcanzar hacia fuera: Horas torcer: Horas rastre: Horas subir de la escalones: Horas					
El ponerse en cuclillas:		Horas				
El inclinarse/que dobla:		Horas				
Arrodillamiento:		Horas				
El alcanzar para arriba:		Horas				
El alcanzar hacia fuera:		Horas				
El torcer:		Horas				
Arrastre:		Horas				
El subir de la escalones:		Horas				
El subir de la escalera:		Horas				
Usando una computadora:		Horas				
Usando el teléfono:		Horas				
Empujando:		Horas				
Jalando:		Horas				
Cargando cosas pesadas:		Horas				
En mi trabajo se requiere que l	levante	Constantemente	A menudo	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:						



Injury Informacion

PATIENT #	!					
Nombre:	NIEVE AREVALO		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	ın cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	ín otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo d	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Tolófono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 24/01/2023

PATIENT #

Nombre: NIEVE AREVALO SSN: XXX-XX-9999

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

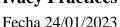
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAL PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUI ERTIFICADO Y XPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION F	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:	Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion:		
	Fecha:		
	T.		





PATIENT #				
Nombre:	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagia	na (1 de		
2)				

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.

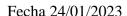
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	TIENT #					
Nombre:	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999			
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle			
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información esu condición médica. De nuestra base de da ella sólo Occidental información relacionad	tos,		
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	l para los servicios 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 24/01/2023

PATIENT #			
Nombre:	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999

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

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:	NIEVE AREVALO	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:			
	Firma:_			
	Fecha:			