

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	240 W 92ND STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003	FDN:	08/05/1981
Teléfono:	(323)579-3865	Edad:	41
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	04/29/2022	Post-cirugia :	1
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025		
Teléfono:	(310)606-2156	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	l v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		05/02/23	
WILLIAM A	ALEXANDER PENA RIVAS	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 05/02/23

Nombre: WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS SSN: XXX-XX9999 INFORMACION DEL TRABAJO #
Cargo
Cargo:
Descripción de las funciones:
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas
Pararse: El inclinarse/que dobla: Horas
Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas
Manejar: El alcanzar para arriba: Horas
Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas
Día Horas Horas
Normal/Turno: Arrastre: Horas
El subil de la escalolles.
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 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:
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca
Movimiento repetidor de manos:
Movimiento repetidor de pies :
El agarrar de la energía:
Dirección de la precisión:
Equilibrio:
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :
Computadora simultánea y teléfono :



Injury Informacion

Fecha 05/02/23

PATIENT #						
Nombre:	WILLIAM ALEXAND	PER PENA RIVAS	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN 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	icia, se presento en alg	ún otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo d	lespués del accide	ente?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión	1			
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/02/23

PATIENT #

Nombre:

WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS

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

Fecha 05/02/23

Nombre:	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO, SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESE	ENTE CERTIF	ICO QUE FUI A POR MI PR	OPIA
VOLUNTAI	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRAT	ΓΑΜΙΈΝΤΟ D	E FISIOTERAPIA. COMPRE	NDO QUE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN ME			
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN O			
TERAPISTA	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y	CERTIFICAD	O Y OHE LA EVALHACION	JY

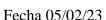
RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL

SI MENOR:

MEJORE. FzDQ

PATIENT #

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	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.

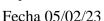
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	e		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	ida por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de e encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	a gestión de s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la saluc	para los servicios sobredici	hos.

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

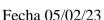
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





D/		TT	r #
F /-	\	N	

Nombre:	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	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



Fecha 05/02/23

PATIENT #	!			
Nombre:	WILLIAM ALEXANDER PENA RIVAS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACT 2	TOMICO WEED GIVEN I INTO MINATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			