

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/13/23

INFORMACION DEL PACIENTE

CLAUDIA TREJO

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	CLAUDIA TREJO	SSN:	XXX-XX-9999	
Direccion:	504 S BURLINGTON AVE	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90057	FDN:	10/15/1978	
Teléfono:	(213)214-8747	Edad:	44	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	09/11/2022	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90025			
Teléfono:	(310)606-2156	Dx:		
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ 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 Personal	v Asjonacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 02/13/23				

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #									
Nombre:	CLAUDIA TREJO		SSN:	XXX-	XX-9999				
INFORMA	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	S ADICIONALES D	PEL TRABAJO							
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cua	ántas horas le hacen Horas	•	ia normal, Cuánt se en cuclillas:	tas horas hace el o si	guiente Horas			
Pararse:		Horas		arse/que dobla:		Horas			
Caminar:		Horas	Arrodilla	amiento:		Horas			
Manejar:		Horas	El alcana	zar para arriba:		Horas			
	as trabaja en un	110140	El alcanz	zar hacia fuera:		Horas			
Día			El torcer	•		Horas			
Normal/Turno:	:	Horas	Arrastre			Horas			
Semana:		Horas	El subir	de la escalones:		Horas			
			El subir	de la escalera:		Horas			
			Usando	una computadora:		Horas			
			Usando	el teléfono:		Horas			
			Empujar	ndo:	Horas				
			Jalando:		Horas				
			Cargand	o cosas pesadas:		Horas			
En mi trabaj	jo se requiere que le	evante C	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca			
10 lbs o menos	:								
11 lbs a 25 lbs:					\	1			
26 lbs a 50 lbs:									
51 lbs a 75 lbs:									
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs		_				 			
ilias de 100 los									
Mi trabajo in	ncluye	С	onstantemente	A menudo	A veces	Nunca			
	petidor de manos:								
Movimiento repetidor de pies :] []				
El agarrar de la energía: Dirección de la precisión:									
Equilibrio:	precision.	_		———	_	-{			
	le la computadora/del co	jín de tacto :				-{ }			
Trabajo sincronizado para la eficacia :						$\langle \cdot \rangle$			
Computadora simultánea y teléfono :					7	7			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	CLAUDIA TREJO		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :				*7	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/13/23

PATIENT #

Nombre: CLAUDIA TREJO 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

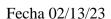
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	CLAUDIA TREJO	SSN:	XXX-XX-9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I 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 TAMBI NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI 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:			
El l	Fecha: Testigo(a):		





PATIENT #						
Nombre:	CLAUDIA TREJO	SSN:	XXX-XX-9999			
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le				

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.

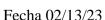
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	CLAUDIA TREJO	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ıda por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tar	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 s	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredicho	os.

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 02/13/23

PATIENT #				
Nombre:	CLAUDIA TREJO	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 #	PATIENT #						
Nombre:	CLAUDIA TREJO	SSN:	XXX-XX-9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO	ON					
	Pacien						
	Firr	na:					
	Fec	ha:					
	Firr	na:					
	Fec						