

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228
Direccion:	1579 ELM AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACH,CA,90813	FDN:	12/24/1960
Teléfono:	(562)394-2323	Edad:	62
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/17/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	RUSSMAN, MARINA	Partes del cuerr	90:
Direccion:	20620 S LEAPWOOD UNIT H		
Ciudad, Zip:	CARSON,CA,90746		
Teléfono:	(310)294-9027	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMAC MEDICA	IÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion d	e Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_
		(02/09/23
ROBERTO	BRAVO		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SS	N:	XXX-XX-	1228	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0				
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	El	ponerse en cuc	elillas:	noras hace el o sig	Horas
Pararse:	Horas		inclinarse/que rodillamiento:	dobla:		Horas
Caminar:	Horas		alcanzar para a	rriba:		Horas
Manejar:	Horas		alcanzar hacia			Horas
	as trabaja en un		torcer:	racia.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Ar	rastre:			Horas
Semana:	Horas	El	subir de la esc	alones:		Horas
		El	subir de la esc	alera:		Horas
		Us	ando una comp	outadora:		Horas
		Us	ando el teléfon	0:		Horas
		En	npujando:			Horas
		Jal	ando:			Horas
		Ca	rgando cosas p	esadas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constantement	te A me	enudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	î î					
11 lbs a 25 lbs:			\dashv			
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:				[
mas de 100 los:						
Mi trabajo in	cluye	Constantement	te A me	enudo	A veces	Nunca
	etidor de manos:					
Movimiento rep						
El agarrar de la] [) []
Dirección de la	precisión:				-	\
Equilibrio:	e la computadora/del cojín de tacto :		\rightarrow			{ }
	izado para la eficacia:		_{ }	}		{
	multánea y teléfono:		\rightarrow		-	{



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	ROBERTO BRAVO		SSN:	XXX-XX-1228		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :				T 7	
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	in, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direction:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/09/23

PATIENT #

Nombre: ROBERTO BRAVO SSN: XXX-XX-1228

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

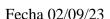
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDINTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHOACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OEDQ	MIENTO DE FI CO Y QUE OBT MPRENDO QU ERTIFICADO Y XPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION N	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO TENIENDO 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:			
Ell	Firma: Fecha:		
	T:	·	





PATIENT #				
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228	
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.

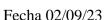
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	nda por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de d ella sólo Occidental información relaciona	latos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	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 02/09/23

PATIENT#					
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228		

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 #				
Nombre:	ROBERTO BRAVO	SSN:	XXX-XX-1228	
DDIWA CV A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACIA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			