

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

GABRIEL GARCIA

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238	
Direccion:	3432 LA MADERA AVE	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	EL MONTECA91732	FDN:	02/28/1958	
Teléfono:	(626)774-1519	Edad:	65	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	02/22/2022	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	HARRIS, ARTHUR	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	4545 E. 3RD ST., SUITE 102			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90022			
Teléfono:	(323)264-6296	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	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 Personal	y Asignacion 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. 05/17/23				
		03/17/23		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XXX	3238	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Cargo.					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha		lia normal, Cuántas l	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		rse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas	El inclir	narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodill	amiento:		Horas
Manejar:	Horas	El alcan	zar para arriba:		Horas
	ras trabaja en un	El alcan	zar hacia fuera:		Horas
	as trabaja eti uii	El torce	r:		Horas
Día Normal/Turno:	: Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas	El subir	de la escalones:		Horas
		El subir	de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
					\rightarrow
		Empujar			Horas
		Jalando:		Horas	
		Cargand	lo cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	::				
11 lbs a 25 lbs:					7
26 lbs a 50 lbs:					
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs					
más de 100 lbs					
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:				
	epetidor de pies :				\prec
El agarrar de la	a energía:				\exists
Dirección de la	n precisión:				\exists
Equilibrio:					\exists
Uso del ratón d	de la computadora/del cojín de tacto:				1
Trabajo sincron	nizado para la eficacia:				
Computadora s	simultánea y teléfono:				\exists



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	GABRIEL GARCIA		SSN:	XXX-XX8238		
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	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?					
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión						
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/17/23

PATIENT #

Nombre: GABRIEL GARCIA SSN: XXX-XX8238

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

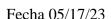
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION 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 OFZDQ	MIENTO I CO Y QUI MPRENDO ERTIFICA KPLICADA MEDICO IEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION YAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBICION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #					
Nombre:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238		
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 c	le			

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

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.

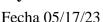
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de s	de ser utilizada para enviarle informa u condición médica. De nuestra base ella sólo Occidental información relac	de datos,
	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 05/17/23

PATIENT #				
Nombre:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238	

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:	GABRIEL GARCIA	SSN:	XXX-XX8238		
DDIVA CV					
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:				
	Fecha:				
	Firma:				
	Fecha:				