

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/04/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560
Direccion:	10862 PALMA VISTA AVE APT	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	GARDEN GROVECA92840	FDN:	05/18/1972
Teléfono:	(714)631-6714	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/29/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DORSEY, JOHN	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:	25431 CABOT ROAD STE 110		
Ciudad, Zip:	LAGUNA HILLSCA92653		
Teléfono:	(949)716-1900	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	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		05/04/23	
PEDRO MO	ONTES	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX	6560	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Commen					
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
		E	Ľ1 <i>C</i>	111	::
	a típico de 8 horas, cuántas horas le h		lia normal, Cuántas rse en cuclillas:	noras nace ei o si	Horas
Sentarse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		•		
Caminar:	Horas		amiento:		Horas
Manejar:	Horas		zar para arriba:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un	El alcan	zar hacia fuera:		Horas
Día	Horas	El torce	r:		Horas
Normal/Turno		Arrastre	:		Horas
Semana:	Horas	El subir	de la escalones:		Horas
		El subir	de la escalera:		Horas
		Usando	una computadora:		Horas
		Usando	el teléfono:		Horas
		Empuja	ndo:		Horas
		Jalando			Horas
			lo cosas pesadas:		Horas
_	jo 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					_
mas de 100 ios	•				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:				
Movimiento re	petidor de pies :				7
El agarrar de la	a energía:				
Dirección de la	a precisión:				
Equilibrio:					
	de la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono :				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	PEDRO MONTES		SSN:	XXX-XX6560		
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 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 05/04/23

PATIENT #

Nombre: PEDRO MONTES SSN: XXX-XX6560

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

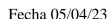
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_	
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
COMPRENE	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PARA	OBTENIR AUTORIZACION PARA
MI TRATAN	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMPREN	DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	zDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	restigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #						
Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560			
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (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.

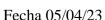
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada 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 informació su condición médica. De nuestra base de ella sólo Occidental información relacion	datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación 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 05/04/23

PATIENT #					
Nombre:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560		

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:	PEDRO MONTES	SSN:	XXX-XX6560	
DDIX/A CX/ A	CVNOWI EDCMENT INFORMATION			
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			