

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	PO BOX 121	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801	FDN:	04/02/1991
Teléfono:	(657)582-9542	Edad:	31
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(657)582-9542		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/13/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ALBERT, BRUCE	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:	395 W CENTRAL AVE		
Ciudad, Zip:	BREA CA92821		
Teléfono:	(714)494-2828	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		03/07/23	
LEOPOLDO	O SANCHEZ	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ		SSN:		XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
)
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
			F.,	1: 1	C4 1	11	
	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	acen		na normai, rse en cucli		horas hace el o si	Horas
Sentarse:	Horas						\dashv
Pararse:	Horas			narse/que do	obia:		Horas
Caminar:	Horas			amiento:			Horas
Manejar:	Horas			zar para arr			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fu	iera:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	**			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una compu	ıtadora:		Horas
			Usando	el teléfono:	•		Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:				Horas
				lo cosas pes	sadas.		Horas
		_					
_	o se requiere que levante	Constant	emente	A men	ıudo	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 ii	ncluye	Constant	emente	A men	nudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	le la computadora/del cojín de tacto :						
	nizado para la eficacia : imultánea y teléfono :						
Computationa S	initianca y wiciono.			1		I	11



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	LEOPOLDO SANCI	HEZ	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	.?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	spués del accide	nte?				
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/07/23

PATIENT #

Nombre: LEOPOLDO SANCHEZ 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

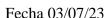
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	ł		
Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN		~
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	~	
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · ·
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA 1 CI IDACION de EL TERAPEUTA SERAN ΕΣ		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. I		NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MILJOIL. I	ZDQ		
SI MENOR			
SIMENOR	•		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





TD A	THE T	THE RESERVE	11
			π

Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	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.

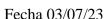
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

	<u> </u>			
Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal pa	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la saluc	l para los servicios sobredic	chos.

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 03/07/23

PATIENT #					
Niember		GGP1			
Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	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



PATIENT #	ł .			
Nombre:	LEOPOLDO SANCHEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			