

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/26/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	EDDAR ROJAS	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	725 S BIXEL ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELES,CA,90017	FDN:	08/18/1982
Teléfono:	(469)716-2937	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/05/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
INFORMAC Nombre:	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN ROOFIAN, SHAWN MICHAEL	Partes del cuerpo	;
Nombre: Direction:	8500 WILSHIRE STE 102	Partes del cuerpo	:
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLS,CA,90211		
Teléfono:	(310)926-4922	Dx:	
		l	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad, Zip:			
Teléfono:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA
Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:	Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Pol#/Clm#:
	e proporcione la informacion pertinente a este accidente en Vest-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los
	01/26/23
EDDAR ROJAS	Fecha firmada

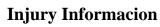


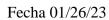
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 01/26/23

Nombre:	EDDAR ROJAS		SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	JO #			
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				

During: Hoa typical 8 hour day	y, How malt	hootusrs do you			
Sentarse:		Horas			
Pararse:		Horas			
Caminar:		Horas			
Manejar:		Horas			
Cuántas horas trabaja en un					
Día Normal/Turno:		Horas			
Semana:		Horas			
En un dia normal, Cuántas hor	as hace el o	siguiente			
El ponerse en cuclillas:		Horas			
El inclinarse/que dobla:		Horas			
Arrodillamiento:		Horas			
El alcanzar para arriba:		Horas			
El alcanzar hacia fuera:		Horas			
El torcer:		Horas			
Arrastre:		Horas			
El subir de la escalones:		Horas			
El subir de la escalera:		Horas			
Usando una computadora:		Horas			
Usando el teléfono:		Horas			
Empujando:		Horas			
Jalando:		Horas			
Cargando cosas pesadas:		Horas			
En mi trabajo se requiere que l	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:					







PATIENT #	‡					
Nombre:	EDDAR ROJAS		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a?				
Si no fue a u	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algu	ún otro tipo de ce	entro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	lo manejar el vehículo d	espués del accide	ente?		
Ha tenido al	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	dico por la misma lesión	1			
Si todavía e	sta reciviendo tratar	niento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	guiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/26/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: EDDAR ROJAS 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

Fecha 01/26/23

PATIENT #			
Nombre :	EDDAR ROJAS	SSN:	XXX-XX-9999
		J	7,000,000
FORMA DE I	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEN TRATAMIEN	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 FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	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 STRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
MEJORE. Fz	DQ		
SI MENOR:			
El N	Iombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma: Facha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	E'		





PATIENT #	!			
Nombre:	EDDAR ROJAS	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D 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 #

Nombre :	EDDAR ROJAS	SSN:	XXX-XX-9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	orios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros taml	ón sobre Tratamientos: Su información de la encontrar interesante en el tratamiento y la goién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	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 01/26/23

PATIENT#					
Nombre:	EDDAR ROJAS	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



Fecha 01/26/23

PATIENT #				
Nombre:	EDDAR ROJAS	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:_			
	Fecha:			