

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/18/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2302 S RIDGELEY DRIVE APT	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	09/20/1986
Teléfono:	(323)252-6575	Edad:	36
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:		Ī	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	_	
Fecha::	06/16/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DATE, ANIL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	27141 HIDAWAY AVE SUITE 106		
Ciudad, Zip:	CANYON COUNTRYCA91351		
Teléfono:	(661)252-8469	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
		07/18/23	
MIGUEL A	NGEL HERNANDEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 07/18/23

PACIENTE	C#				
Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX	(9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuántas horas le h	En un	dia normal, Cuántas	s horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		erse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		lamiento:		Horas
			nzar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		nzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno	. Horas	Arrastr			Horas
Semana:	Horas				\rightarrow
	110140		r de la escalones:		Horas
			r de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja	ando:		Horas
		Jalando):		Horas
		Cargan	do cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	s:				
11 lbs a 25 lbs:	:				7
26 lbs a 50 lbs:	:				
51 lbs a 75 lbs:	:				
76 lbs a 100 lb					
más de 100 lbs	s:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:				
Movimiento re	epetidor de pies :				\exists
El agarrar de la	a energía:				7
Dirección de la	a precisión:				
Equilibrio:					
	de la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono :				



Injury Informacion

Fecha 07/18/23

PATIENT #	#					
Nombre:	MIGUEL ANGEL HI	ERNANDEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	Colo do Emergora	-0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/18/23

PATIENT #

Nombre: MIGUEL ANGEL HERNANDEZ 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

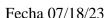
Fecha 07/18/23

PATIENT #	<u> </u>			_
Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI IDACION de EL TERAPEUTA SERAN EX IDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU IDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE CO Y QUI DE CO Y QUI DE COMPRENDO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	
SI MENOR	•			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			

Testigo(a):

Nombre de la Persona tomando los datos:

Firma:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	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.

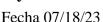
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





DATERIT #

FAIIENI #	†			
Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Record	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle	·
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra base	de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	d 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 07/18/23

PATIENT #	ŧ
-----------	---

Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	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



Fecha 07/18/23

PATIENT #	t			
Nombre:	MIGUEL ANGEL HERNANDEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			