

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/31/23

INFORMACION DEL PACIENTE

JUAN PABLO MACEIRA

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

		7	
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3851 KEYSTONE AVE APT 2	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	CULVER CITYCA90232	FDN:	12/12/1978
Teléfono:	(310)409-6271	Edad:	44
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/16/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ELIHU, KOOROSH JOSHUA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	325 NORTH MAPLE DRIVE UNIT 157		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90209		
Teléfono:	(323)642-6455	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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#:	
		J	
	n para Proporcionar Informacion Persona		
	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes		
	mi aseguranza por los servicios prestados		arana a pago antecto de 105
		0=10-110-1	
		07/31/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	SSN:	XXX-X	X9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	les funciones				
Descripcion de	las funciones.				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)			
D 4 1/		Fn un	dia normal. Cuánta	as horas hace el o si	guiente
Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha		erse en cuclillas:	.s notas nace et o si	Horas
Pararse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		lamiento:		Horas
	Horas	El alca	nzar para arriba:		Horas
Manejar:			nzar hacia fuera:		Horas
	as trabaja en un	El torce	er:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastr			Horas
Semana:	Horas		r de la escalones:		Horas
			r de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja			Horas
		Jalando			Horas
					\rightarrow
		Cargan	do cosas pesadas:		Horas
_	o 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:	•			{ }	\downarrow
Mi trabajo in	icluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
Movimiento rep	petidor de pies :			1	1
El agarrar de la					
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	e la computadora/del cojín de tacto :			 	
	izado para la eficacia :			 	_{ }
Computadora S1	multánea y teléfono:				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JUAN PABLO MAC	EIRA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :				W.o.g	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/31/23

PATIENT #

Nombre: JUAN PABLO MACEIRA 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

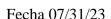
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDISENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YOBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





Th	Α.	7 1	1	Th. 7	7	11
\mathbf{r}	/%	 1.1	IIH'			77

Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	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.

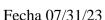
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	!			
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	ڠ		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	nda por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	para los servicios sobredic	hos.

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 07/31/23

PATIENT#					
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	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 #						
Nombre:	JUAN PABLO MACEIRA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	1001111_					
	Firma:_ Fecha:					