

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	ERASMO DIAZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	450 WEST 91ST STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003	FDN:	12/04/1963
Teléfono:	(323)208-1200	Edad:	59
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:		Ī	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/07/2022	Post-cirugia :	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GLOUSMAN, RONALD	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA		
Teléfono:	(714)508-1981	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 Persor	nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical Th	_
		08/09/23	
ERASMO D	OIAZ	- Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #	ŧ							
Nombre:	ERASMO DIAZ			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMACI	ION DEL TRABA	ТО #						
Cargo:								
Descripción de l	os funcionos:							
Descripcion de 1	as funciones.							
DETALLES A	ADICIONALES D	EL TRABAJO						
Duranta un día	típico de 8 horas, cuá	ntas horas la hace	an	En un d	ia normal	. Cuántas l	noras hace el o si	guiente
Sentarse:		Horas	CII		se en cucli			Horas
Pararse:		Horas		El inclin	arse/que d	obla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:		Horas		El alcanz	zar para arı	riba:		Horas
	s trabaja en un			El alcanz	zar hacia fı	ıera:		Horas
Día	s trabaja eti uii			El torcer	::			Horas
Normal/Turno:	I	Horas		Arrastre:	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
				El subir	de la escal	era:		Horas
				Usando	una compu	ıtadora:		Horas
					el teléfono			Horas
				Empujan	ndo:			Horas
				Jalando:				Horas
					o cosas pe	sadas:		Horas
D 1.1.1	. 1		C					
-	se requiere que le	vante	Constanter	nente	A mer	iudo	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:								\exists
Mi trabajo inc	cluye		Constanter	nente	A men	nudo	A veces	Nunca
Movimiento repe	etidor de manos:							
Movimiento repe	-							
El agarrar de la e								
Dirección de la p	precisión:							
Equilibrio:	la computador-/4-1 '	ín do testo :				[———	_{
	la computadora/del coj zado para la eficacia :	in de tacto :						-{
	nultánea y teléfono:							-{ }



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	ERASMO DIAZ		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O 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 ra	ayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?					
Esta reciviene	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/09/23

PΔ	TI	IF.	N	Г	\pm
II /-1		L III '			77

Nombre:	ERASMO DIAZ	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

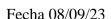
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ERASMO DIAZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			JE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			. 1
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX)
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI			
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB			
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU			
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			
MEJORE. F				
SI MENOR:				
FI.	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
121	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			





PATIENT #				
Nombre:	ERASMO DIAZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	gina (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.

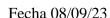
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ERASMO DIAZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud es de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la saluc	l para los servicios sobredichos	3.

Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de

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 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 08/09/23

PATIENT#						
Nombre:	ERASMO DIAZ	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	'ATIENT #								
Nombre:	ERASMO DIAZ	SSN:	XXX-XX9999						
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION								
	Paciente :								
	Firma:_ Fecha:_								
	Firma:_ Fecha:								