

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/10/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HOLLYWOOD

	·		
Nombre:	JAIME BRAVO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	811 GRAMERCY DRIVE APT 20	Sexo:	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90005	FDN:	05/27/1962
Teléfono:	(323)915-4412	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/01/2018	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	CHAN, SAMUEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4201 LONG BEACH BLVD STE 203		
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805		
Teléfono:	(562)595-6396	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	ı para Proporcionar Informacion Persona	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		07/10/23	
JAIME BRA	AVO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JAIME BRAVO		SSI	N:	XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABA.	JO#					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES D	EL TRABAJO					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuá	ntas horas le hacer				oras hace el o si	
Sentarse:		Horas		onerse en cu			Horas
Pararse:		Horas	El i	nclinarse/que	dobla:		Horas
Caminar:		Horas	Arre	odillamiento:			Horas
Manejar:		Horas	El a	lcanzar para	arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El a	lcanzar hacia	ı fuera:		Horas
Día			El t	orcer:			Horas
Normal/Turno:		Horas	Arr	astre:			Horas
Semana:		Horas	El s	ubir de la esc	calones:		Horas
			El s	ubir de la esc	calera:		Horas
			Usa	ndo una com	putadora:		Horas
			Usa	ndo el teléfo	no:		Horas
			Em	pujando:			Horas
				ndo:			Horas
				gando cosas	nesadas:		Horas
-	o se requiere que le	vante	Constantemente	A m	ienudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	-	(_] [) []
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:		}		_}			
51 lbs a 75 lbs:		}		\exists	} }		}
76 lbs a 100 lbs		}		\rightarrow	}		{
más de 100 lbs:		}					
Mi trabajo ir	ncluye		Constantemente	e A m	enudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :						
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:		(
	e la computadora/del coj	in de tacto :					
	nizado para la eficacia :	(_			
Computadora s	imultánea y teléfono:	[] [



Injury Informacion

PATIENT #	!					
Nombre:	JAIME BRAVO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
		2			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	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	lico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/10/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: JAIME BRAVO 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

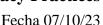
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JAIME BRAVO	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			OUE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			_
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. ,	011
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			ГО.
	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:				
E1.	Nombra da Padra O Guardian dal Pacianta			
121	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			_
	Firma:			_
	Fecha:			
	Testigo(a):			_
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firma:			





PATIENT #				
Nombre:	JAIME BRAVO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD 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.

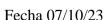
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	JAIME BRAVO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de l os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviar	le
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informacion encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	su condición médica. De nuestra bas	e de datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación de la salud	l 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 07/10/23

PATIENT #					
		1			
Nombre:	JAIME BRAVO	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:	JAIME BRAVO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			