

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	REYNA REYES CERVANTES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2008 E CESAR CHAVEZ AVE S	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90033	FDN:	03/15/1969
Teléfono:	(323)572-9559	Edad:	54
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	08/15/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerpo	:
Direccion:	2300 W BEVERLY BLVD STE 208		
Ciudad, Zip:	MONTEBELLOCA90640		
Teléfono:	(323)237-8400	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 pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		04/24/23	
REYNA RE	YES CERVANTES	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE ?	#					
Nombre:	REYNA REYES CER	VANTES	SSN:	XXX-XX99	999	
INFORMAC	ION DEL TRABAJO	O #				
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuán	tas horas le hacen	El ponerse en o	cuclillas:	oras hace el o sig	Horas
Pararse:		oras	El inclinarse/q Arrodillamient			Horas
Caminar:		oras	El alcanzar par			Horas
Manejar:		oras	El alcanzar had			Horas
	is trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	H	oras	Arrastre:			Horas
Semana:	Н	oras	El subir de la e	escalones:		Horas
			El subir de la e	escalera:		Horas
			Usando una co	mputadora:		Horas
			Usando el telé	fono:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cosa	s pesadas:		Horas
-	se requiere que leva	ante Constan	ntemente 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:				}		{
Mi trabajo in	cluye	Constan	ntemente A	menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	etidor de manos:					
Movimiento rep	_					
El agarrar de la			[
Dirección de la p	precisión:		}	} }		}
Equilibrio: Uso del ratón de	e la computadora/del cojín	de tacto :	}	}		{
	izado para la eficacia:	Lac tucto.	}	\longrightarrow $\}$		{ }
	multánea y teléfono :			\longrightarrow		{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	REYNA REYES CE	RVANTES	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () 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 r	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	cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/24/23

PATIENT #

Nombre: REYNA REYES CERVANTES 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

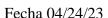
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	REYNA REYES CERVANTES	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICADA MEDICO DE MEDICO DE LEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I RENDO QUE YO NO PUEDO RECI TON FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR: El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	REYNA REYES CERVANTES	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.

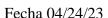
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





DATERT #

FAIIENI#				_
Nombre :	REYNA REYES CERVANTES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recordat recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle	
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de le encontrar interesante en el tratamiento y la gién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su cor	ndición 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 04/24/23

PATIENT	#
----------------	---

Nombre:	REYNA REYES CERVANTES	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 #	f			
Nombre:	REYNA REYES CERVANTES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			