

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/19/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842
Direccion:	2108 E ALMONT AVE APT C	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92806	FDN:	04/20/1970
Teléfono:	(657)257-9070	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	09/23/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	PIASECKI, JACK OSCAR	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	TUSTINCA		
Teléfono:	(714)508-1112	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	ON 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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		06/19/23	
JOSE SUAR	REZ	Fecha firm	ada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JOSE SUAREZ		SSN:		XXX-XX1	842	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	AJO					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas Horas	e hacen	El pone	lia normal, rse en cuclill narse/que do	las:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arri	iba:		Horas
	as trabaja en un		El alcanzar hacia fuera: El torcer: Arrastre:			Horas Horas	
Semana:	Horas		El subir	de la escalo de la escale			Horas Horas Horas
				una comput el teléfono:			Horas Horas
			Empujando: Jalando:			Horas Horas	
			Cargand	lo cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabajo 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:	:	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A ment	ıdo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE SUAREZ		SSN:	XXX-XX1842		
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, pude	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 est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/19/23

PATIENT #

Nombre:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842
---------	-------------	------	------------

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

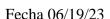
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO, SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIF	FICO QUE FUI A POR MI PROPIA	
VOLUNTAI	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO D	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO O	UE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. ,	
	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:				
F1 1	Nombre de Padre O Guardian del Paciente			
Li	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			•
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma:			





PATIENT #				
Nombre:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ina (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.

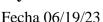
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiente	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle informac su condición médica. De nuestra base d ella sólo Occidental información relaci	le datos,
	Por Favor no utiliza mi inforn	nación 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 06/19/23

PATIENT #			
Nombre:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842

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:	JOSE SUAREZ	SSN:	XXX-XX1842	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			