

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/21/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMERO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	3332 W DEL MONTE DRIVE	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92804	FDN:	12/07/1974
Teléfono:	(714)309-6568	Edad:	48
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/11/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASHANI, HOUMAN	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:	2214 S HOOVER ST	]	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90007		
Teléfono:	(213)622-3100	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		03/21/23	
LEONARDO	O CARMONA ROMERO	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 03/21/23

PACIENTE	#						
Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMEF	RO	SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA.	10					
	a típico de 8 horas, cuántas horas le l	nacen		lia normal, rse en cuclil		oras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:	Horas		_	narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	oua.		Horas
Caminar:	Horas				ilaa		Horas
Manejar:	Horas			izar para arr izar hacia fu			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		era.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas						$\dashv$
Semana:	Horas		Arrastre				Horas
Solliulu.	Tionas			de la escalo			Horas
				de la escale			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constante	emente	A men	udo	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	ncluye	Constante	emente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento rej	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :						1
El agarrar de la energía:			$\overline{}$				
Dirección de la precisión:							
Equilibrio:							
	le la computadora/del cojín de tacto :						
	nizado para la eficacia:						] []
Computadora s	imultánea y teléfono :		)		] [		



## **Injury Informacion**

Fecha 03/21/23

PATIENT #						
Nombre:	LEONARDO CARM	ONA ROMERO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	IÓN 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	icia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	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 03/21/23

PATIENT #

Nombre: LEONARDO CARMONA ROMERO 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

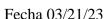
Fecha 03/21/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMERO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMI TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMI	NO TENER REFERENCIA DE UN MEI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN C A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y O IDACION de EL TERAPEUTA SERAN E IDO QUE EL SE COMUNICARA CON M MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAM ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA A IDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA	AMIENTO DO COMPRENDO CERTIFICADO EXPLICADA MI MEDICO DO BIEN COMPUTORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	
SI MENOR	:			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion:			

Testigo(a):

Nombre de la Persona tomando los datos:

Firma:





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMERO	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.

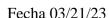
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	LEONARDO CARMONA ROMERO	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	ida por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	a gestión de s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la saluc	para los servicios sobredici	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 03/21/23

DA	וידי	171	TI	` #

Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMERO	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



Fecha 03/21/23

PATIENT #				
Nombre:	LEONARDO CARMONA ROMERO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:_ Fecha:			
	Firma:Fecha:			