

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	GILBERTO RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	414 ORANGE AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90802	FDN:	03/18/1970
Teléfono:	(818)310-6870	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	04/18/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ELIHU, KOOROSH JOSHUA	Partes del cuerpo	:
Direccion:	325 NORTH MAPLE DRIVE UNIT 157		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90209		
Teléfono:	(323)642-6455	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 Person	– al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		05/09/23	
GILBERTO	RODRIGUEZ	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	GILBERTO RODRIGUEZ		SSN:	XXX-XX	(9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	0				
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	ocen]	En un dia	n normal, Cuántas	s horas hace el o sig	guiente
Sentarse:	Horas			e en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas]	El inclina	rse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodillar	niento:		Horas
Manejar:	Horas]	El alcanza	ır para arriba:		Horas
]	El alcanza	r hacia fuera:		Horas
Día	as trabaja en un]	El torcer:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas]	El subir d	e la escalones:		Horas
]	El subir d	e la escalera:		Horas
		I	Usando uı	na computadora:		Horas
		I	Usando el	teléfono:		Horas
		I	Empujand	lo:		Horas
		J	Jalando:			Horas
		(Cargando	cosas pesadas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constanteme	ente	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	ncluye	Constanteme	ente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la Equilibrio:	precision:				}	{
	e la computadora/del cojín de tacto :		{ }			{
	nizado para la eficacia:	}	{ }		}	{ }
	imultánea y teléfono :		-			{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	GILBERTO RODRIG	GUEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #						
Describa brever	mente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
	a reciviendo tratam , favor llenar lo sig	iento medico por la uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/09/23

PATIENT #

Nombre: GILBERTO RODRIGUEZ 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

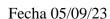
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	£		
Nombre:	GILBERTO RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTA	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FI	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OBT	TENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		
	IDACION 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	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. I	FzDQ		
SI MENOR	•		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	GILBERTO RODRIGUEZ	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.

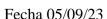
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GILBERTO RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	da por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredic	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 05/09/23

PATIENT#					
Nombre:	GILBERTO RODRIGUEZ	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:	GILBERTO RODRIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVACV	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACI A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			