

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/26/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JOVAN CORTES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	4226 E QUEENSPANE ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	COMPTONCA90221	FDN:	08/23/1972
Teléfono:	(323)501-1437	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/12/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	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	INFORMACIO 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 Persor	─ nal y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical Th	ormacion pertinente a este accidente en
		07/26/23	
JOVAN CO	RTES	Fecha firn	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	JOVAN CORTES		SSN:	XXX-	XX9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TI	RABAJO				
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas ho	oras le hacen	El poners	a normal, Cuánt e en cuclillas: urse/que dobla:	as horas hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:	Horas		Arrodilla	-		Horas
Manejar:	Horas		El alcanza	ar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcanza	ar hacia fuera:		Horas
Día			El torcer:			Horas
Normal/Turno:			Arrastre:			Horas
Semana:	Horas			le la escalones:		Horas
			El subir d	le la escalera:		Horas
				na computadora:		Horas
				l teléfono:		Horas
			Empujano	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante.	Constant	emente	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			}		<b>}</b>	{
más de 100 lbs:		}	{		}	{
NA: 4 1 : :	1			A 1		
Mi trabajo ii	Ť	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos: petidor de pies :		{			{
El agarrar de la	•	}	{		<b></b>	{
Dirección de la		}	{		<b>}</b>	{
Equilibrio:		}	}		<b>}</b>	{
	e la computadora/del cojín de ta	cto:				<u> </u>
	nizado para la eficacia:					
Computadora s	imultánea y teléfono:					



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	JOVAN CORTES		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	l 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 07/26/23

PATIENT #

Nombre:	JOVAN CORTES	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

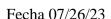
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

SSN:	XXX-XX9999	
NTE CERTIFIC	CO OUE FUI A POR MI PROPIA	
		IE YO
		)
) 110 G07 HU1		CIL
	NTE CERTIFICAMIENTO DE ICO Y QUE O OMPRENDO (CERTIFICADO XPLICADAS A I MEDICO PARIEN COMPRIUTORIZACIO O NO GUARA	SSN: XXX-XX9999  NTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA AMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MOMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN ERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y XPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO I MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PABIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA ONO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTORIZACION PARA OBTENIR AUTORIZACION ACTORIZACION PARA OBTENIR AUTORIZACION ACTORIZACION FIRMADA MI MEDICO.





PATIENT #				
Nombre:	JOVAN CORTES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	gina (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.

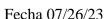
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOVAN CORTES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	le		
	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información d encontrar interesante en el tratamiento y l nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	para los servicios sobredich	108.

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 07/26/23

PATIENT#				
Nombre:	JOVAN CORTES	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:	JOVAN CORTES	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			