

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE

KEVIN BUESO

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	KEVIN BUESO	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	915 W 41ST PLACE	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90011	FDN:	01/05/1999	
Teléfono:	(323)321-1539	Edad:	24	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	11/10/2020	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE JÓN			
Nombre:	GOLDSTEIN, RON	Partes del cuerpo	:	
Direccion:				
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA			
Teléfono:	(714)564-8210	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	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 Personal	y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 04/03/23				
		04/03/43		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	KEVIN BUESO		SSN:	XX	X-XX9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO				
Durante un dí Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas hor Horas	as le hacen	El poner El inclin	se en cuclillas: arse/que dobla:		Horas
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arriba:		Horas
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un Horas Horas o se requiere que levante	Constant	El alcan: El torcer Arrastre El subir El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	zar hacia fuera: :: de la escalones de la escalera: una computado el teléfono: ndo:	: Ta:	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincro	petidor de manos: petidor de pies : a energía:	Constant	emente	A menudo	A ve	eces Nunca



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	KEVIN BUESO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN C) ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente 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 04/03/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: KEVIN BUESO 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

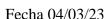
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	KEVIN BUESO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTAI	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FI	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O N	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OB	ΓENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMIE	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QU	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
COMPRENI	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PAR	A OBTENIR AUTORIZACION PARA
MI TRATAN	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMPREN	IDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	zDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Eirma.		





PATIENT #				
Nombre:	KEVIN BUESO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 c	le		
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.

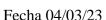
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	KEVIN BUESO	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	orios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	r nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros taml	ón sobre Tratamientos: Su información de la encontrar interesante en el tratamiento y la goién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición 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 04/03/23

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