

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/31/23

INFORMACION DEL PACIENTE

RAFAEL GALINDO ZAZUETA

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876	
Direccion:	2582 VICTORIA STREET	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	SAN BERNARDINOCA92410	FDN:	08/04/1972	
Teléfono:	(909)745-8322	Edad:	50	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	07/21/2021	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220			
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408			
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:		
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	IÓN 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. 05/31/23				
		03/31/43		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre :	RAFAEL GALINDO ZAZI	JETA	SSN:	XXX-XX087	76	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO				
Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas h		En un dia norma El ponerse en cuc El inclinarse/que	lillas:	ras hace el o sig	uiente Horas Horas
Pararse:	Horas		Arrodillamiento:			Horas
Caminar: Manejar:	Horas		El alcanzar para a	ırriba: (Horas
			El alcanzar hacia	(Horas
	as trabaja en un		El torcer:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:	Horas		El subir de la esca	alones:		Horas
			El subir de la esca	alera:		Horas
			Usando una comp	outadora:	>	Horas
			Usando el teléfon	ю:	>	Horas
			Empujando:	Ì		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cosas p	esadas:	>	Horas
En mi trabajo se requiere que levante 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:		Constant	emente A mo	enudo	A veces	Nunca
51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs:						
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 me	enudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	RAFAEL GALINDO	ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
E-t 1	- C-1- 1- E	- 0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergenci	a <i>!</i>				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/31/23

PATIENT #

Nombre: RAFAEL GALINDO ZAZUETA SSN: XXX-XX0876

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

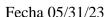
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHUDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXIDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMPI	E FISIOTERAPIA. COMPRENDO OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES QUE SERE EVALUADO(A) POR O Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTORARA OBTENIR AUTORIZACION RENDO QUE YO NO PUEDO RECON FIRMADA MI MEDICO. ADEN	E MI UN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR				
El	Relacion:			





TO A	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876

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.

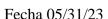
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	lud será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información o encontrar interesante en el tratamiento y nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ión de la salud	para los servicios sobredich	10S.

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 05/31/23

PATIENT	#
---------	---

Nombre:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876

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:	RAFAEL GALINDO ZAZUETA	SSN:	XXX-XX0876		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_ Fecha:_				
	Firma:				