

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/31/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ADELINA GOMEZ

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976	
Direction:	1018 E 80TH STREET	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90001	FDN:	01/20/1968	
Teléfono:	(424)436-2340	Edad:	55	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	04/14/2022	Post-cirugia:		
Tipo:	WC	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	2300 W BEVERLY BLVD STE 208			
Ciudad, Zip:	MONTEBELLOCA90640			
Teléfono:	(323)237-8400	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	ÓN 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	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.				
		07/31/23		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #									
Nombre:	ADELINA GOMEZ		SSN:	XXX-XX7	976				
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0							
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha Horas Horas	acen	En un dia no El ponerse en El inclinarse/o	cuclillas:	noras hace el o sig	guiente Horas Horas			
Caminar:	Horas		Arrodillamier			Horas			
Manejar:	Horas		El alcanzar pa El alcanzar ha			Horas			
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un Horas Horas		El torcer: Arrastre: El subir de la El subir de la Usando una c Usando el tele Empujando: Jalando: Cargando cos	escalera: omputadora: éfono:		Horas			
En mi trabaj 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:	3:	Constanten	nente A	A menudo	A veces	Nunca			
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constanten	nente A	A menudo	A veces	Nunca			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ADELINA GOMEZ		SSN:	XXX-XX7976		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
П. 1		0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	in cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión					
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/31/23

PATIENT #

Nombre: ADELINA GOMEZ SSN: XXX-XX7976

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

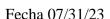
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTAL	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FIS	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O N	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OBT	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMIE	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QUI	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A N	//II ANTES DEL TRATAMIENTO.
	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	IZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	zDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #			
Nombre:	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976
AVISO DE F	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 d	le	

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

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.

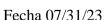
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de						
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ida por nuestro personal par	a enviarle			
La informac 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	su condición médica. De nue	estra base de datos,			
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobredich	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 07/31/23

PATIENT #					
Nombre :	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976		

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:	ADELINA GOMEZ	SSN:	XXX-XX7976			
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente :					
	Firma:Fecha:					
	Firma: Fecha:					