

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARIA CASTILLO

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659
Direccion:	3603 S SAN PEDRO ST APT 4	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003	FDN:	04/05/1956
Teléfono:	(323)613-1942	Edad:	67
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/10/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	HARRISON, DANNY	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA		
Teléfono:	(323)464-6296	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 l	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pr		·
cuanto la aseg	uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.		
		04/24/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA CASTILLO		SSN:	XXX-XX965	59	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#				
Cargo:	Cargo:					
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuánta	ras	En un dia norma El ponerse en cuc El inclinarse/que	elillas:	ras hace el o sig	uiente Horas Horas
Pararse: Caminar:	Hon		Arrodillamiento:	dobia.		Horas
Manejar:	Hon		El alcanzar para a	ırriba: [<u> </u>	Horas
		.ds	El alcanzar hacia	}	>======================================	Horas
Cuantas nor Día	ras trabaja en un		El torcer:		<u> </u>	Horas
Normal/Turno	: Hor	as	Arrastre:			Horas
Semana:	Hon	ras	El subir de la esca	alones:		Horas
			El subir de la esc	alera:	-	Horas
			Usando una comp	outadora:	-	Horas
			Usando el teléfon	10:		Horas
			Empujando:			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando cosas pesadas:			Horas
_	jo se requiere que levar	nte Constan	temente A me	enudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs:						
26 lbs a 50 lbs:				}		
51 lbs a 75 lbs:		<u></u>	} }			
76 lbs a 100 lbs	s:					}
más de 100 lbs	:					
Mi trabajo i	ncluye	Constan	temente A mo	enudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la Equilibrio:	i precision:			}		
_	le la computadora/del cojín d	le tacto :	{}			
	nizado para la eficacia :	}	{ }			
Computadora simultánea y teléfono :						



Injury Informacion

PATIENT #	<i>‡</i>					
Nombre:	MARIA CASTILLO		SSN:	XXX-XX9659		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :				*7	
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	1?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/24/23

PATIENT #

Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659
---------	----------------	------	------------

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

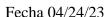
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F			
SI MENOR:			
171.7	Name to Deduc O Counties del Designates		
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Kelacion		
	Facha:		
	Testign(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firms:		





PATIENT #				
Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659	
AVISO DE F	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	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.

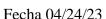
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ			
Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	a salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de datella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 04/24/23

PATIENT#				
Nombre:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659	

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:	MARIA CASTILLO	SSN:	XXX-XX9659	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMA	TION		
		ciente:		
		Firma:		
		Fecha:		
		Firma:		
		Fecha:		