

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/09/23

#### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre :	EDWIN MURILLO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1911 W 156TH STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	COMPTONCA90220	FDN:	01/27/1969
Teléfono:	(323)671-8171	Edad:	54
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/14/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	GRUVER, CHARLES	Partes del cuerpo	:
Direccion:	822 S ROBERTSON BLVD STE 100		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90035		
Teléfono:	(310)651-6937	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		08/09/23	
EDWIN MU	URILLO	Fecha firn	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#							
Nombre:	EDWIN MURILLO			SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO						
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	nántas horas le hace	èn	El poner	se en cuclil	las:	noras hace el o si	Horas
Pararse:		Horas			arse/que do	bla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodilla				Horas
Manejar:		Horas			zar para arri			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	,			zar hacia fu	era:		Horas
Día Normal/Turno:		Horas		El torcer				Horas
Semana:		Horas		Arrastre:	: de la escalo			Horas
		,			de la escalo			Horas
					una comput			Horas
					una comput el teléfono:			Horas
				Empujan				Horas
				Jalando:				Horas
						adas.		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que l	evante	Constanter		o cosas pesa A menu		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				[				] []
más de 100 lbs								{
Mi trabajo in			Constanter	nente	A ment	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
Movimiento repetidor de pies :							{	
El agarrar de la energía:								
Dirección de la precisión:								
Equilibrio:		** 1						
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :  Trabajo sincronizado para la eficacia :				[				{
	simultánea y teléfono:							{
1			l	J	l	J	l	J L



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	EDWIN MURILLO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
Estava en la	Cala da Emanaganai	.0			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a u	ın cuarto de emergei	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	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	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/09/23

PATIENT #

Nombre: EDWIN MURILLO 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

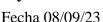
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	EDWIN MURILLO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		· · ·
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	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		
MEJORE. Fz		110 0011111111	
IVILUOTE. I Z			
SI MENOR:			
E1 N	Vambus de Dadus O Cyandian del Decientes		
EIT	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testion(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





PATIENT #				
Nombre:	EDWIN MURILLO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE PI	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	de		

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.

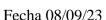
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	EDWIN MURILLO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su informació encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información q er de interés a usted**	y la gestión de s	su condición médica. De nuestra base o	de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salud	l 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 08/09/23

PATIENT#				
Nombre:	EDWIN MURILLO	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:	EDWIN MURILLO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma: Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			