

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 01/31/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	5437 RAYBORN STREET	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LYNWOOD,CA,90262	FDN:	02/14/1949
Teléfono:	(310)780-8898	Edad:	73
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/04/2014	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BORDEN, PETER	Partes del cuerpo	:
Direccion:	23456 HAWTHORNE BLVD STE #200		
Ciudad, Zip:	TORRANCE,CA,90505		
Teléfono:	(310)375-8700	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 cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		01	1/31/23
ISIDORO A	GUILAR		echa firmada

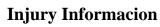


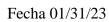
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 01/31/23

PACIENTE #				
Nombre:	ISIDORO AGUILA	R	SSN:	XXX-XX-9999
INFORMA	CION DEL TRABA	JO #		
Cargo:				
Descripción de las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES D	DEL TRABAJO		
Durante un	día típico de 8 hora:	s, cuántas horas le hacen		
Sentarse:		Hor	ras	
Pararse:		Hor	ras	
Caminar:		Hor	ras	
Manejar:		Hor	ras	
Cuántas hor	as trabaja en un			
Día Normal	/Turno:	Hor	ras	
Semana:		Hor	ras	
En un dia no	ormal, Cuántas hora	s hace el o siguiente		
El ponerse e	en cuclillas:	Hor	ras	
El inclinarse	e/que dobla:	Hon	ras	
Arrodillami	ento:	Hor	ras	
El alcanzar	para arriba:	Hor	ras	
El alcanzar	hacia fuera:	Hor	ras	
El torcer:		Hor	ras	
Arrastre:		Hor	ras	
El subir de l	a escalones:	Hor	ras	
El subir de l	a escalera:	Hor	ras	

Usando una computadora:	Horas			
Usando el teléfono:	Horas			
Empujando:	Horas			
Jalando:	Horas			
Cargando cosas pesadas:	Horas			
En mi trabajo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	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 incluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento repetidor de manos:				
Movimiento repetidor de pies :				
El agarrar de la energía:				
Dirección de la precisión:				
Equilibrio:				
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :				
Trabajo sincronizado para la eficacia:				
Computadora simultánea y teléfono :				







PATIENT :	#						
Nombre:	ISIDORO AGUILAR	₹	SSN:	XXX-XX-9999			
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE#					
Describa bre	vemente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en 1	a Sala de Emergenci	a?					
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de c	entro médico?			
Se tomaron	rayos x?						
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accid	ente?			
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior en la misma parte de	l cuerpo?				
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión					
Si todavía e	esta reciviendo tratar	niento medico por la					
misma lesio	ón, favor llenar lo sig	guiente?					
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:	Ciudad, Zip:						
Tolófono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 01/31/23

PATIENT #

Nombre: SSN: XXX-XX-9999

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

Fecha 01/31/23

PATIENT #				
Nombre :	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN			
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
TRATAMIE	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPREND(O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN	
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE	ERTIFICAL	OO Y QUE LA EVALUACION Y	
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	KPLICADA	S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO.	
COMPRENI	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO 1	PARA OBTENIR AUTORIZACION PAR	RA
MI TRATAI	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMP	PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIF	
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZAC	ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	,
COMPRENI	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	RANTIZAR QUE MI CONDICION ACTU	JAL
MEJORE. F	zDQ			
SI MENOR:				
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Relacion:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Testigo(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma			

Notice of Privacy Practices





PATIENT #				
Nombre:	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999	

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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	£			
Nombre:	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 3	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	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salud	d 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.



Notice of Privacy Practices

Fecha 01/31/23

PATIENT#				
Nombre:	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999	

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

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



Privacy Practices Acknowledgement

Fecha 01/31/23

PATIENT	Ŧ			
Nombre:	ISIDORO AGUILAR	SSN:	XXX-XX-9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente			
	Firma	•		
	Fecha	•		
	Firma	•		
	Fecha	•		