

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/05/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	RAFAEL GARCIA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	661 ECHARDIA STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90033	FDN:	08/25/1952
Teléfono:	(323)286-2591	Edad:	70
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/27/2023	Post-cirugia:	1
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SAMSON, MARC	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90017		
Teléfono:	(213)482-2992	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		07/05/23	
RAFAEL GA	ARCIA	Fecha firm	ada ——



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	. #							
Nombre:	RAFAEL GARCIA	A		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO						
Durante un dí	a típico de 8 horas, c		en				oras hace el o sig	
Sentarse:		Horas			se en cuclil			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:				Horas
) 1101405			de la escalo			Horas
					de la escale			Horas
					una comput el teléfono:	adora:		Horas
								Horas
				Empujan Jalando:				Horas
						a da a s		Horas
				Cargando	o cosas pesa			
_	jo se requiere que l	levante	Constante	mente	A menu	ıdo	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			-			\longrightarrow		{
más de 100 lbs	:					\longrightarrow		1
Mi trabajo i			Constante	mente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
El agarrar de la	petidor de pies :			[-	}
Dirección de la								{
Equilibrio:	i precision.							{
	de la computadora/del c	cojín de tacto:						{
	nizado para la eficacia :			}				{
Computadora s	simultánea y teléfono:					\longrightarrow		1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	RAFAEL GARCIA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	n cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron i	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	lico 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 07/05/23

PATIENT #

Nombre:	RAFAEL GARCIA	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

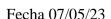
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

SSN:	XXX-XX9999	
SENTE CERTII	FICO QUE FUI A POR MI PROPI	A
MEDICO Y QUE	OBTENIENDO FISIOTERAPIA	ES MI
N COMPRENDO	QUE SERE EVALUADO(A) PO	R UN
Y CERTIFICAL	OO Y QUE LA EVALUACION Y	
N EXPLICADA	S A MI ANTES DEL TRATAMIE	ENTO.
N MI MEDICO	PARA OBTENIR AUTORIZACIO	ON PARA
AMBIEN COMP	RENDO QUE YO NO PUEDO RI	ECIBIR
A AUTORIZACI	ON FIRMADA MI MEDICO. AD	EMAS,
IA O NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION	ACTUAL
te:		
n:		
ıa:		
ıa:		
1):		
os:		
	SENTE CERTIFICATAMIENTO DE SENTE CERTIFICADA DE CERTIFICADA DE COMPA AUTORIZACIONA O NO GUAR DE CERTIFICADA DE CERTIFICADA DE COMPA AUTORIZACIONA DE CERTIFICADA DE CERTIFICADA DE COMPA AUTORIZACIONA DE CERTIFICADA DE	SENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO IEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA N' COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) PO Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y N' EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIEN MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACIO AMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RIA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION (E) e:





RAFAEL GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
	RAFAEL GARCIA	RAFAEL GARCIA SSN:	RAFAEL GARCIA SSN: XXX-XX9999

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.

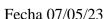
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

	<u> </u>			
Nombre:	RAFAEL GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludas de cita	d será utiliza	da 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 d er de interés a usted**	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredic	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 07/05/23

PATIENT #				
Nombre:	RAFAEL GARCIA	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:	RAFAEL GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			