

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/16/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

ANTONIO VEGA

### WESTSTAR LONG BEACH

	The manual rest		
Nombre:	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291
Direccion:	9527 PARK ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	BELLFLOWERCA90706	FDN:	05/15/1954
Teléfono:	(562)372-1609	Edad:	68
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(562)372-1609		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/11/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	TABIBIAN, SAM B.	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5211 E. WASHINGTON BLVD., 200		
Ciudad, Zip:	COMMERCECA90040		
Teléfono:	(323)980-9002	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	ÓN 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
	a West-Star Physical Therapy para que pr		
	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.		terapy reciba el pago directo de los
		0014 - 100	
		03/16/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#							
Nombre:	ANTONIO VEGA			SSN:		XXX-XX6	3291	
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES	DEL TRABAJO						
Durante un dís Sentarse:	a típico de 8 horas, c	uántas horas le hace	en	El ponei	rse en cuclil	llas:	noras hace el o sig	Horas
Pararse:		Horas			narse/que do amiento:	obia:		Horas
Caminar:		Horas			zar para arr	iba:		Horas
Manejar:		Horas			zar hacia fu			Horas
	as trabaja en un			El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
				El subir	de la escale	era:		Horas
				Usando	una compu	tadora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empuja	ndo:			Horas
				Jalando:				Horas
				Cargand	lo cosas pes	sadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que l	levante	Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:							
11 lbs a 25 lbs:								1
26 lbs a 50 lbs:								
51 lbs a 75 lbs:								
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs								{
								] []
Mi trabajo ii			Constante	mente	A men	udo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
El agarrar de la	petidor de pies :						<u> </u>	{
Dirección de la								{
Equilibrio:	1							{
	le la computadora/del c	cojín de tacto:						{ <del>                                    </del>
Trabajo sincror	nizado para la eficacia	:						1
Computadora simultánea y teléfono :				$\overline{}$				1



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	ANTONIO VEGA		SSN:	XXX-XX6291		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/16/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: ANTONIO VEGA SSN: XXX-XX6291

### 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

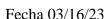
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIF	ICO OUE FUI A POR MI PR	OPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		_	
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	INTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			<i>'</i>
	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			
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O			
MEJORE. F		110 001110		101(11010111
TVILLUOICE: 17				
SI MENOR:				
E1.7	Nambra da Dadra O Cuardian dal Dagianta			
EH	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Fecha:			
	Testign(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Eirman			





PATIENT #						
Nombre:	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291			
AVISO DE F	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.

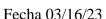
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

	<u> </u>			
Nombre:	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	le		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información d encontrar interesante en el tratamiento y l nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón 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 03/16/23

PATIENT #						
Nombre :	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291			
,						

### **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:	ANTONIO VEGA	SSN:	XXX-XX6291	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			