

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/02/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JAIME LOPEZ	SSN:	XXX-XX-9999
Direccion:	10013 OTIS ST	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	SOUTH GATE,CA,90280	FDN:	10/26/1974
Teléfono:	(323)412-6393	Edad:	48
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	04/07/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	REISCH, ROBERT	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4014 LONG BEACH BLVD STE 210		
Ciudad, Zip:	LONG BEACH,CA,90807]	
Teléfono:	(562)997-7100	Dx:	
INFORMAC	TIÓN 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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		02/02/23	
JAIME LOP	PEZ	Fecha fir	mada

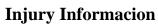


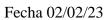
INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 02/02/23

PACIENTE #					
Nombre:	JAIME LOPEZ		SSN:	XXX-XX-9999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#			
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES I	DEL TRABAJO			
Durante un	día típico de 8 hora	as, cuántas horas le hace	n		
Sentarse:		Н	oras		
Pararse:		Ho	oras		
Caminar:		Ho	oras		
Manejar:		Ho	oras		
Cuántas hor	as trabaja en un				
Día Normal	/Turno:	Н	oras		
Semana:		Н	oras		
En un dia no	ormal, Cuántas hora	as hace el o siguiente			
El ponerse e	en cuclillas:	Н	oras		
El inclinarse	e/que dobla:	Ho	oras		
Arrodillami	ento:	Ho	oras		
El alcanzar	para arriba:	Ho	oras		
El alcanzar	hacia fuera:	He	oras		
El torcer:		Ho	oras		
Arrastre:		Но	oras		
El subir de l	la escalones:	Ho	oras		
El subir de l	la escalera:	He	oras		

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:	JAIME LOPEZ		SSN:	XXX-XX-9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?				
Si no fue a	un cuarto de emergen	icia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	in, favor llenar lo sign	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/02/23

PATIENT #

Nombre:	JAIME LOPEZ	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



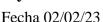


FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 02/02/23

PATIENT #				
Nombre:	JAIME LOPEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIH TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIH	NO TENER REFERENCIA DE UN MED ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y C DACION de EL TERAPEUTA SERAN E DO QUE EL SE COMUNICARA CON M MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAME ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA C	AMIENTO I ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICAL XPLICADA I MEDICO I BIEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	
SI MENOR:				
El	Firma: _ Fecha: _			

Notice of Privacy Practices





PATIENT #							
Nombre:	JAIME LOPEZ	SSN:	XXX-XX-9999				
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	D Pagina (1 de					
2)							

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

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.

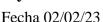
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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:	JAIME LOPEZ	SSN:	XXX-XX-9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra base de	datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la saluc	d para los servicios sobredichos.	

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

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 02/02/23

PATIENT #						
Nombre :	JAIME LOPEZ	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 02/02/23

PATIENT #	PATIENT #						
Nombre:	JAIME LOPEZ	SSN:	XXX-XX-9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_						
	Fecha:_						
	Firma:						
	Fecha:						