

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	416 1/2 W 58TH STREET	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90037	FDN:	08/07/1962
Teléfono:	(310)699-4102	Edad:	60
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/17/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	PATEL, RAJAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8712 WILSHIRE BLVD		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90211		
Teléfono:	(310)954-9280	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	al y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	proporcione la info st-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/24/23	
RAUL ESC.	AMILL	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C#				
Nombre:	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO#				
Commen					
Cargo:					
Descripción d	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	JO			
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuántas horas le	hacen En un	dia normal, Cuántas	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas	11000011111	erse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas		lamiento:		Horas
			nzar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		nzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno	. Horas	Arrastro			Horas
Semana:	Horas				\rightarrow
	110148		r de la escalones:		Horas
			r de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja	indo:		Horas
		Jalando	0.		Horas
		Cargan	do cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	s:				
11 lbs a 25 lbs:	:				\exists
26 lbs a 50 lbs:	:				7
51 lbs a 75 lbs:	:				
76 lbs a 100 lb	s:				
más de 100 lbs	:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:				
Movimiento re	epetidor de pies :				\exists
El agarrar de la	a energía:				\exists
Dirección de la	a precisión:				7
Equilibrio:					1
	de la computadora/del cojín de tacto:				
Trabajo sincro	nizado para la eficacia:				
Computadora s	simultánea y teléfono:				<u> </u>



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	RAUL ESCAMILL		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMACI	IÓN DE LESIÓN C	ACCIDENTE #				
Describa brever	nente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?		
Se tomaron ra	nyos x?					
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anterio	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión,	, favor llenar lo sigu	niente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/24/23

PATIENT #

Nombre:	RAUL ESCAMILL	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

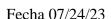
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXIDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O CZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UDO Y QUE LA EVALUACION YUS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIPION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			- - - -





PATIENT #				
Nombre:	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX9999	

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.

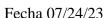
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

Nombre :	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	d para los servicios sobredich	10S.

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 07/24/23

PATIENT #				
Nombre:	RAUL ESCAMILL	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 #	PATIENT #					
Nombre:	RAUL ESCAMILL	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	N				
	Paciente					
	Firm Fech					
	Firm Fech					