

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

LEMUEL ALONSO PUGA

#### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	LEMUEL ALONSO PUGA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	255 E 28TH STREET	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90011	FDN:	11/23/1984
Teléfono:	(213)948-8732	Edad:	38
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/21/2019	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	NOURIAN, ALEN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	435 N BEDFROD DR STE 218		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90210		
Teléfono:	(818)692-9797	Dx:	
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	ÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ MEDICA	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre :		Nombre:	
Direction:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre:	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de l	Beneficios
Yo authorizo a cuanto la asegu	n West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West- ni aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en

Fecha firmada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #								
Nombre:	LEMUEL ALONSO PUG	A	SSN:	XXX-XX99	99			
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#							
Cargo:	Cargo:							
Descripción de	las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO						
Durante un día Sentarse: Pararse:	típico de 8 horas, cuántas l Horas		En un dia norm El ponerse en cu El inclinarse/que	clillas:	oras hace el o sign	uiente Horas Horas		
Caminar: Manejar:	Horas		Arrodillamiento: El alcanzar para			Horas Horas		
	as trabaja en un		El alcanzar hacia El torcer: Arrastre:			Horas Horas Horas		
Semana:	Horas		El subir de la esc El subir de la esc Usando una com Usando el teléfo Empujando: Jalando:	calera: nputadora: no:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas		
En mi trabajo 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:	:	Constant	Cargando cosas emente A m	nenudo	A veces	Nunca		
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente A m	nenudo	A veces	Nunca		



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	LEMUEL ALONSO	PUGA	SSN:	XXX-XX9999		
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, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	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 08/09/23

PATIENT #

Nombre: LEMUEL ALONSO PUGA 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

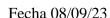
0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>		
Nombre:	LEMUEL ALONSO PUGA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY D	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTA	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE FI	SIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE OB	TENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMII	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO QU	E SERE EVALUADO(A) POR UN
TERAPIST	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMEN	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADAS A	MI ANTES DEL TRATAMIENTO.
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F	FzDQ		
CLAFNOR			
SI MENOR	o o		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





TO A	THIS I	TITO	Th. TIT	II //	
$P \wedge$		III IIH I	- N	. 77	

Nombre:	LEMUEL ALONSO PUGA	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.

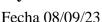
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	LEMUEL ALONSO PUGA	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
3)				
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d será utiliza	nda por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tar	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**	a gestión de	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	in de la saluc	nara los servicios sobredicho	os

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 08/09/23

P	T	IEI	VT	#

Nombre:	LEMUEL ALONSO PUGA	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 #	ATIENT #							
Nombre:	LEMUEL ALONSO PUGA	SSN:	XXX-XX9999					
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION							
	Paciente:							
	Firma:_ Fecha:_							
	Firma:_ Fecha:							