

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/20/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR BURBANK

Nombre:	AMABILA POLANCA ALCAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	810 N COLUMBUS AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	GLENDALECA91203	FDN:	09/18/1958
Teléfono:	(818)515-7814	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/06/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	DESAI, RAJ	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5170 SEPULVEDA BLVD STE 210		
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403		
Teléfono:	(818)783-5001	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	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 v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
			02/20/23
AMABILA	POLANCA ALCAS		Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	AMABILA POLANC	A ALCAS	SSN:	XXX	<-XX9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJ	Ю#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DI	EL TRABAJO				
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuá	ntas horas le hacen Horas	El poner	rse en cuclillas:	intas horas hace el o	Horas
Pararse:		Horas		narse/que dobla:		Horas
Caminar:		Horas		amiento: zar para arriba:		Horas
Manejar:		Horas		zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce			Horas
Día Normal/Turno:	I I	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	I	Horas		de la escalones:		Horas
			El subir	de la escalera:		Horas
			Usando	una computador	ra:	Horas
			Usando	el teléfono:		Horas
			Empuja	ndo:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargand	lo cosas pesadas	:	Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	vante Cons	stantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:						\dashv
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs						_
Mi trabajo in		Cons	stantemente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:				_{ }	_{
Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía:		}			_{}_	_{ }
Dirección de la precisión:		}				-
Equilibrio:			$\overline{}$		\dashv	\dashv
	le la computadora/del coji	ín de tacto :			\dashv	7
	nizado para la eficacia:					
Computadora simultánea y teléfono :						



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	AMABILA POLANCA	A ALCAS	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro 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 anteri	or en la misma parte del	cuerpo?					
Esta recivieno	lo tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	favor llenar lo sign	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/20/23

PATIENT #

Nombre: AMABILA POLANCA ALCAS 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

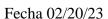
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	AMABILA POLANCA ALCAS	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDISENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EZDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICADA MEDICO I IEN COMPITORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE COBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAR PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR				
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion:			
	Firma:			
	Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos: Firma:			





TO A	TIES.	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	AMABILA POLANCA ALCAS	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.

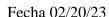
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	ŧ		
Nombre:	AMABILA POLANCA ALCAS	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	a (2 de	
Los Recorda		a salud será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de	nede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi inform	mación de la salu	d para los servicios sobredichos.

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 02/20/23

D/		TT	r #
F /-	\	N	

Nombre:	AMABILA POLANCA ALCAS	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

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:	AMABILA POLANCA ALCAS	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			