

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/21/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre :	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022
Direccion:	6690 DELTA AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	08/23/1959
Teléfono:	(562)235-6041	Edad:	63
Telé trabajo :		_ Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/22/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	14350 E. WHITTIER BLVD., #102		
Ciudad, Zip:	WHITTIERCA90605		
Teléfono:	(562)698-0025	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	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Th	_
		06/21/23	
JOSE TAPIA	A	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JOSE TAPIA		SS	N:	XXX-XX60)22	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	IO#					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DI	EL TRABAJO					
	a típico de 8 horas, cuár			un dia norm ponerse en cu		oras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:		Horas		inclinarse/que			Horas
Pararse:		Horas		•			\dashv
Caminar:	I I	Horas		rodillamiento:			Horas
Manejar:	I I	Horas		alcanzar para			
Cuántas hor	as trabaja en un			alcanzar hacia	a tuera:		Horas
Día Normal/Turno:	I I	Horas		torcer:			Horas
Semana:		Horas		rastre:	1		Horas
Scinaria.		10143		subir de la esc			Horas
				subir de la esc			Horas
				ando una com			Horas
				ando el teléfo	no:		Horas
				npujando:			Horas
			Jala	ando:			Horas
			Car	rgando cosas	pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	ante	Constantement	e Am	nenudo	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 in	ncluye		Constantement	e Am	nenudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	le la computadora/del cojí	n de tacto :		_			
	nizado para la eficacia: simultánea y teléfono:	}		_	}		{
Computationa S	illiantanea y telefono.] [



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE TAPIA		SSN:	XXX-XX6022		
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 est	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/21/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: JOSE TAPIA SSN: XXX-XX6022

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

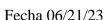
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTII	FICO OUE FUI A POR MI PROPIA	
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA			UE YO
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI			
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			0
	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			
MEJORE. F		1,0,00111		710112
2,120,0112,11	22.4			
SI MENOR:				
T71	Nambua da Dadua O Cyandian dal Dagianta			
El .	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			_
	Firma:			_
	Fecha:			_
	Testigo(a):			_
	Nombre de la Persona tomando los datos:			_
	Firms			_





PATIENT #	!			
Nombre:	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagin	a (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.

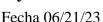
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	de		
	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal par	ca enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	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 06/21/23

PATIENT #						
Nombre:	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022			

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:	JOSE TAPIA	SSN:	XXX-XX6022	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			