

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033
Direccion:	526 W VEMONT AVE APT 117	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92805	FDN:	06/19/1959
Teléfono:	(714)341-2930	Edad:	63
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(714)489-7047		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	10/11/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	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	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pa guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		03/22/23	
FRANCISC	O FRANCO VELASCO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 03/22/23

PACIENTE	#					
Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASC	0	SSN:	XXX-	XX3033	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO				
Sentarse: Pararse: Caminar: Manejar:	Horas	hacen	El ponere El inclina Arrodilla El alcanz El alcanz El torcer Arrastre:	se en cuclillas: arse/que dobla: umiento: car para arriba: car hacia fuera:	itas horas hace el o si	guiente Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas
			El subir o Usando o Usando e Empujan Jalando:	de la escalera: una computadora el teléfono:		Horas 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:	:	Constante	mente	A menudo	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:	Constante	mente	A menudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

Fecha 03/22/23

PATIENT #						
Nombre:	FRANCISCO FRAN	CO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033		
	IÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
					Yes	No
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	icia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
	a reciviendo tratam , favor llenar lo sig	iento medico por la uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/22/23

PATIENT #

Nombre:

FRANCISCO FRANCO VELASCO SSN: XXX-XX3033

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





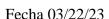
FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 03/22/23

PATIENT #				
Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTI	FICO OUE FUI A POR MI	PROPIA
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		_	
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI			_
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO			
TERAPISTA	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICAI	OO Y QUE LA EVALUAC	ION Y
RECOMENI	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	XPLICADA	S A MI ANTES DEL TRA	TAMIENTO.
COMPRENI	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI	I MEDICO	PARA OBTENIR AUTORI	ZACION PARA
MI TRATAN	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COM	PRENDO QUE YO NO PUI	EDO RECIBIR
TRATAMIE	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	JTORIZAC	ION FIRMADA MI MEDIO	CO. ADEMAS,
COMPRENI	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAF	RANTIZAR QUE MI COND	DICION ACTUAL
MEJORE E	2DO		-	

SI MENOR:

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033

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.

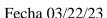
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tan	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**	gestión de	su condición médica. De nuestr	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	d para los servicios sobredichos	

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

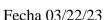
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





P	Α	Т	TE	N	Т	#
ж.	A 30.	-8-		т л	-	TT

Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033

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



Fecha 03/22/23

PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	FRANCISCO FRANCO VELASCO	SSN:	XXX-XX3033	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			