

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	FLOR JOVEL	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	16981 HURLEY ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LA PUENTECA91744	FDN:	05/29/1971
Teléfono :	(626)205-8942	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	1	
Fecha::	01/12/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HARRIS, ARTHUR	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4545 E. 3RD ST., SUITE 102		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90022		
Teléfono:	(323)264-6296	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 po guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		08/16/23	
FLOR JOVE	EL	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	FLOR JOVEL		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL T	RABAJO					
	a típico de 8 horas, cuántas h	oras le hacen				noras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas			rse en cuclill narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			amiento:	oia:		Horas
Caminar:	Horas				hai		Horas
Manejar:	Horas			zar para arri zar hacia fue			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El torce		cia.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalo	nec.		Horas
				de la escale			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:	adora.		Horas
			Empuja				Horas
			Jalando:				Horas
				do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante.	Constant		A menu		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	Constant	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :					·	
El agarrar de la Dirección de la							}
Equilibrio:	precision.	}			}		{
	e la computadora/del cojín de ta	acto:					{
	nizado para la eficacia :	}				·	{
Computadora s	imultánea y teléfono :		$\overline{}$			<u> </u>	1



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre :	FLOR JOVEL		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa brever	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	1?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o 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						
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión,	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/16/23

P	A	1	T	F	N	T	+

Nombre:	FLOR JOVEL	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

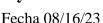
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	FLOR JOVEL	SSN:	XXX-XX9999	
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			JE 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)
	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		10112
2,120,0112,11	22.4			
SI MENOR:				
T21.1	Namel and Japanese Office del Davientes			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Firms:			
	Fecha:			
	Testion(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firms:			





PATIENT #							
Nombre:	FLOR JOVEL	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.

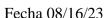
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	FLOR JOVEL	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	nto y la gestión de si	de ser utilizada para enviarle informac u condición médica. De nuestra base d lla sólo Occidental información relaci	le datos,
	Por Favor no utiliza mi info	rmación de la salud	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 08/16/23

PATIENT #					
		1			
Nombre:	FLOR JOVEL	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 #				
Nombre:	FLOR JOVEL	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
IMVACIA	CKNOW LEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:_			
	Fecha:			