

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/01/23

INFORMACION DEL PACIENTE

CHRISTOPHER MELGAR

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	1018 W 66TH STREET	Sexo:	M	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90004	FDN:	10/11/2013	
Teléfono:	(323)335-4863	Edad:	9	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	01/17/2023	Post-cirugia:		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	LEE, PAUL	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	8436 W 3RD STREET STE 800			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048			
Teléfono:	(714)441-4700	Dx:		
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono:		
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMACI	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#:		
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios	
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.				
		03/01/23		

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C #				
Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
G					
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuántas horas le ha	En un c	lia normal, Cuántas	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		rse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodill	amiento:		Horas
	Horas		zar para arriba:		Horas
Manejar:			zar hacia fuera:		Horas
	ras trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas		de la escalones:		Horas
			de la escalera:		Horas
					Horas
			una computadora: el teléfono:		\rightarrow
					Horas
		Empuja			Horas
		Jalando			Horas
		Cargano	lo cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	s:				
11 lbs a 25 lbs:					
26 lbs a 50 lbs:					
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lb] []
más de 100 lbs	i:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:				
Movimiento re	epetidor de pies :				7
El agarrar de la					
Dirección de la	a precisión:				
Equilibrio:					
	de la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia : simultánea y teléfono :				_
Computation 8	ominanca y telefono.			1	11



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	CHRISTOPHER ME	ELGAR	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l 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 03/01/23

PATIENT #

Nombre: CHRISTOPHER MELGAR 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

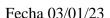
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>		
Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY D	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFIC	CO QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTA	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE C	BTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
TRATAMI	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	MPRENDO (QUE SERE EVALUADO(A) POR UN
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		
	IDACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
		NO GUARA	NTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F	FzDQ		
CI MENOD	_		
SI MENOR			
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





p	Δ	Т	TE	N	Т	#
л.	\Box		III.	Τ.4		TT

Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	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.

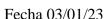
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	CHRISTOPHER MELGAR	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para e	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	l para los servicios sobredichos	S.

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 03/01/23

PATIENT #				
Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	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 #	<u> </u>			
Nombre:	CHRISTOPHER MELGAR	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			