

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JOSE LUIS TAPIA	SSN:	XXX-XX9999
Direction:	536 E 35TH WAY	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90806	FDN:	04/12/1980
Teléfono:	(562)375-3987	Edad:	43
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/16/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	HASSANIN, MOHAMED	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5220 CLARK AVE STE 200		
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90712		
Teléfono:	(562)210-5141	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO MEDICA	ÓN 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 Person	— nal v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical Tl	ormacion pertinente a este accidente en
		07/17/23	
JOSE LUIS	TAPIA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#								
Nombre:	JOSE LUIS TAPIA		SSN:		XXX-XX	9999			
INFORMACION DEL TRABAJO #									
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO							
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	e hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	llas:	horas hace el o si	guiente Horas Horas		
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas		
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arr	iba:		Horas		
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fu	era:		Horas		
Día			El torce				Horas		
Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre				Horas		
Semana.	Tioras			de la escalo			Horas		
				de la escale			Horas		
				una comput			Horas		
				el teléfono:			Horas		
			Empujando: Jalando:			Horas			
						Horas			
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas		
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	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:		-		}	\longrightarrow		-		
M: 41 : - :	1					<u> </u>			
Mi trabajo ii	·	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca		
	petidor de manos: petidor de pies :								
El agarrar de la									
Dirección de la									
Equilibrio:		-				}			
Uso del ratón d	e la computadora/del cojín de tacto :		$\overline{}$		$\overline{}$		~		
Trabajo sincror	nizado para la eficacia :		$\overline{}$		$\overline{}$		7		
Computadora simultánea y teléfono :									



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE LUIS TAPIA		SSN:	XXX-XX9999		
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, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l 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 07/17/23

PATIENT #

Nombre:	JOSE LUIS TAPIA	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

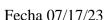
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JOSE LUIS TAPIA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CO DACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MOMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBE ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA CO EZDQ	AMIENTO : ICO Y QUI OMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM UTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MEO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBICION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	II
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	JOSE LUIS TAPIA	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.

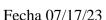
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre :	JOSE LUIS TAPIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	ntorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	será utilizad	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tam	ión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de su	ı condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud	para los servicios sobredich	nos.

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 07/17/23

PATIENT #							
Nombre:	JOSE LUIS TAPIA	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:	JOSE LUIS TAPIA	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMAT	ION					
	Pacie	ente :					
		irma:					
	F	echa:					
	F	irma:					
	F	echa·					