

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/17/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	MARIA CARDENAS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	6239 GIFFORD AVE APT A	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BELL GARDENSCA90201	FDN:	07/24/1950
Teléfono:	(323)373-5158	Edad:	72
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(323)373-5158		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	11/18/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	MIRZAIANS, ARBI	Partes del cuerpo	:
Direccion:	11682 ATLANTIC AVE		
Ciudad, Zip:	LYNWOODCA90262		
Teléfono:	(310)537-7600	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 pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		04/17/23	
MARIA CA	RDENAS	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 04/17/23

PACIENTE	#						
Nombre:	MARIA CARDENAS		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas l	e hacen	En un c	lia normal	, Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas		El pone	rse en cucli	llas:		Horas
Pararse:	Horas		El inclin	narse/que d	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	ızar para arı	riba:		Horas
			El alcan	ızar hacia fı	uera:		Horas
	ras trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre): :			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escal	era:		Horas
				una compu			Horas
				el teléfono			Horas
					•		\rightarrow
			Empuja				Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constant	temente	A men	nudo	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		Constant	temente	A men	nudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	1-1						
	le la computadora/del cojín de tacto: nizado para la eficacia:						
	imultánea y teléfono :	}			}		{
Computationa 8	initialities y tololollo.						



Injury Informacion

Fecha 04/17/23

PATIENT #	#					
Nombre:	MARIA CARDENAS	3	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo on la	o Sala da Emarganci	29			Yes	No
	a Sala de Emergenci			(1) O		
Si no fue a i	un cuarto de emerge:	ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	ruiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/17/23

PATIENT #

Nombre: MARIA CARDENAS 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



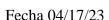


FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 04/17/23

PATIENT #			
Nombre:	MARIA CARDENAS	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TF CFRTIFICC	OUE FULA POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO	_	
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE		` /
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	OO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	OO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUARANT	TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. Fz	žDQ		
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		<u> </u>

Fecha:





PATIENT #					
Nombre:	MARIA CARDENAS	SSN:	XXX-XX9999		
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1	de			

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

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.

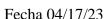
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA CARDENAS	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	le		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información d encontrar interesante en el tratamiento y l nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	para los servicios sobredici	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 04/17/23

PATIENT #					
Nambua		CONT.			
Nombre:	MARIA CARDENAS	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



Fecha 04/17/23

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