

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/13/23

INFORMACION DEL PACIENTE

ROSA LOOL

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ROSA LOOL	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	843 S HOBART BLVD	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90005	FDN:	04/04/1972		
Teléfono:	(323)497-0745	Edad:	51		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	01/11/2023	Post-cirugia:			
Tipo:	PI	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	ROGERS, DAVID	Partes del cuerpo	:		
Direccion:					
Ciudad, Zip:	GLENDALECA				
Teléfono:	(818)243-0499	Dx:			
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	ÓN 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	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. 04/13/23					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ROSA LOOL		SSN:		XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAF	BAJO					
Durante un dís Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas	le hacen	El pone	rse en cuclil	las:	horas hace el o si	Horas
Pararse:	Horas			narse/que do lamiento:	bla:		Horas
Caminar:	Horas			ızar para arr	iha:		Horas
Manejar:	Horas			ızar hacia fu			Horas
	as trabaja en un		El torcer:			Horas	
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	2:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	era:		Horas
			Usando	una comput	tadora:		Horas
			Usando el teléfono:			Horas	
			Empujando:			Horas	
			Jalando:			Horas	
			Cargando cosas pesadas:			Horas	
_	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					$\overline{}$		
más de 100 lbs:							
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio: Uso del ratón d	e la computadora/del cojín de tacto :						_{ }
	e la computadora/der cojin de tacto . nizado para la eficacia :						-{}
	imultánea y teléfono :		$\overline{}$		$\overline{}$		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ROSA LOOL		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente 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	idente 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 04/13/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	ROSA LOOL	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

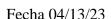
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROSA LOOL	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TF CFRTIFICO	OUF FULA POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO 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		
	NTO DE FISIOTERAPIA. TO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		NO GUARANT	IZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJOKE, FZ	aDQ		
a			
SI MENOR:			
El N	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma:		





PATIENT #				
Nombre:	ROSA LOOL	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	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.

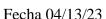
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	ROSA LOOL	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	orios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tamb	ón sobre Tratamientos: Su información de le encontrar interesante en el tratamiento y la poién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	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 04/13/23

PATIENT#						
)				
Nombre:	ROSA LOOL	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:	ROSA LOOL	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_					
	Fecha:					
	Firma:_					
	Fecha:					