

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/06/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	LUIS CARLOS MONTOYA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2960 E JACKSON AVE #39	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92806	FDN:	03/31/1962
Teléfono:	(714)726-5145	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/28/2021	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	ATTUM, BASEM	Partes del cuerpo	:
Direccion:	725 S ORANGE AVE		
Ciudad, Zip:	WEST COVINACA91790		
Teléfono:	(818)206-8645	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	ON 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 cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		07/06/23	
LUIS CARLO	OS MONTOYA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	LUIS CARLOS MONTOYA		SSN:	XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)				
Durante un día Sentarse:	típico de 8 horas, cuántas horas le ha	0011	En un dia norr El ponerse en c		oras hace el o sig	guiente Horas
Pararse:	Horas		El inclinarse/qu			Horas
Caminar:	Horas		Arrodillamiento			Horas
Manejar:	Horas		El alcanzar para			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El alcanzar hac	ia fuera:		Horas
Día	Horas		El torcer:			Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana.	Holds		El subir de la es			Horas
			El subir de la es			Horas
			Usando una con Usando el teléfo	_		Horas
				ono:		Horas Horas
			Empujando: Jalando:			Horas
			Cargando cosas	necadac		Horas
_	o se requiere que levante	Constanteme	ente A	menudo	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:	:		$\longrightarrow \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \$	}		{ }
más de 100 lbs:						
Mi trabajo in	icluye	Constanteme	ente A	menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
Movimiento rep	petidor de pies :		\longrightarrow	}		{ }
El agarrar de la	energía:		$\neg \vdash$			
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	e la computadora/del cojín de tacto :					
	izado para la eficacia : multánea y teléfono :		{ }	}		{ }
Computadora SI	munanca y totolono .					



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	LUIS CARLOS MON	ITOYA	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?				
Ha tenido alg	gun 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	misma lesión, favor llenar lo siguiente?							
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/06/23

PATIENT #

Nombre: LUIS CARLOS MONTOYA 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

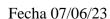
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	LUIS CARLOS MONTOYA	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 COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OEZDQ	MIENTO DE CO Y QUE ENTIFICADE CADAS MEDICO PER LEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI D QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA RENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ON FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	LUIS CARLOS MONTOYA	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.

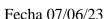
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	LUIS CARLOS MONTOYA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal par	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y le nbién le podemos enviar información que en 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 sobredic	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 07/06/23

PATIENT #						
Nombre:	LUIS CARLOS MONTOYA	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:	LUIS CARLOS MONTOYA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			