

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

	·		
Nombre:	JOSE ARROYO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	22219 ARLINE AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	HAWIIAN GARDENSCA90716	FDN:	11/06/1964
Teléfono:	(626)484-7431	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/27/2020	Post-cirugia :	
Tipo:	One Call	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SOBECK, GREGG	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4955 VAN NUYS BLVD STE 615		
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403		
Teléfono:	(818)905-2222	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN 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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Person	— nal y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	st-Star Physical Th	_
		03/14/23	
JOSE ARRO	OYO	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE #						
Nombre:	JOSE ARROYO		SSN:	XXX-XX999	99	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO	#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas	LS	En un dia norma El ponerse en cuc El inclinarse/que	elillas:	ras hace el o sigu	Horas
Pararse: Caminar:	Hora		Arrodillamiento:			Horas
Manejar:	Hora	as	El alcanzar para a	ırriba:		Horas
Cuántas horas trabaja en un			El alcanzar hacia fuera:			Horas
Día	Hora	S	El torcer:			Horas
Normal/Turno: Semana:	Hora		Arrastre:			Horas
Scilialia.			El subir de la esca			Horas
			El subir de la esca)		Horas
			Usando una comp Usando el teléfon	,		Horas Horas
				.0:		Horas
			Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas:			Horas
						Horas
E '. 1 '	. 1	4		(J
	o se requiere que levan	te Constant	emente A me	enudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	•					
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs	3:		\longrightarrow			
más de 100 lbs:						
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente A me	enudo	A veces	Nunca
Movimiento rej	petidor de manos:					
Movimiento rep	petidor de pies :					
El agarrar de la						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:	a la computadora/dal ación de	a tacto :				
	e la computadora/del cojín do nizado para la eficacia :	tacto.	}	}		
	imultánea y teléfono:	}				
_	•					



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	JOSE ARROYO		SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a un	cuarto de emergen	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	dente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?			
Ha tenido alg	un 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	, favor llenar lo sign	aiente?					
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/14/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: JOSE ARROYO 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

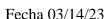
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	JOSE ARROYO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A 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 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		
MEJORE. Fz			12.11. 601.210101.1101012
	22.4		
SI MENOR:			
E1 N	Nombra da Padra O Guardian dal Pagianta		
Lili	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Eima		





Nombre:	JOSE ARROYO	SSN:	XXX-XX9999	
	JOOL AIRROTO		XXX-XX3333	

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.

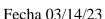
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE ARROYO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga ((2 de		
	atorios de la cita: Su información de la sos de cita.	salud será utilizac	la por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento nbién le podemos enviar información qu er de interés a usted**	y la gestión de su	condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informa	ación de la salud	para los servicios sobredich	ios.

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 03/14/23

PATIENT #			
Nombre:	JOSE ARROYO	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 ARROYO	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	TOTAL OF THE POPULATION OF THE				
	Paciente:				
	Firma:				
	Fecha:				
	_				
	Firma:_				
	Fecha				