

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/02/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

ANA GOMEZ

### WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	2722 RESERVOIR ST ATP 201	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90026	FDN:	01/06/1956	
Teléfono:	(213)948-4369	Edad:	67	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #			
Fecha::	01/04/2023	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN			
Nombre:	KASHANI, HOUMAN	Partes del cuerpo	:	
Direccion:	2214 S HOOVER ST			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90007			
Teléfono:	(213)622-3100	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 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.  03/02/23				

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX	(9999			
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	Descripción de las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	10					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le l Horas Horas	El pon	dia normal, Cuántas erse en cuclillas: inarse/que dobla:	s horas hace el o si	guiente Horas Horas		
Caminar:	Horas		llamiento: ınzar para arriba:		Horas		
Manejar: Cuántas hora	Horas as trabaja en un	El alca	ınzar hacia fuera:		Horas		
Día Normal/Turno: Semana:	Horas Horas	El torc Arrasti El sub			Horas Horas		
		Usand	ir de la escalera: o una computadora: o el teléfono: ando:		Horas Horas Horas Horas		
		Jaland			Horas Horas		
En mi trabaj 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:	::	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca		
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón de Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca		



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	ANA GOMEZ		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACI	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brever	nente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cen	tro médico?				
Se tomaron ra	nyos 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 siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/02/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: ANA GOMEZ 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

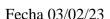
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre :	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
EODMA DE				
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMEN COMPRENI MI TRATAI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE FISIOTERAPIA ES MONTE DE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y SEA MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIB	MI N O. ARA BIR
COMPRENI MEJORE. F	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	NO GUAR	ANTIZAR QUE MI CONDICION AC	TUAL
MEJUKE. F	ZDQ			
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			
	Firma			





PATIENT #				
Nombre:	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	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.

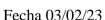
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE F	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
3)			
Los Recorda recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud s de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede on nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la bién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su cor	ndición 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 03/02/23

PATIENT #				
Nombre :	ANA GOMEZ	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:	ANA GOMEZ	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_				
	Fecha:				
	Firma:				
	Fecha:				