

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120
Direccion:	3315 W ADAMS BALVD APT 17	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90018	FDN:	10/25/1973
Teléfono:	(786)576-8949	Edad:	49
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:]	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	07/04/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	VAN TASSELL, GORDON	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90064]	
Teléfono:	(310)477-8285	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	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo :	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que po guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		07/25/23	
YASMIN Z	ABALA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	YASMIN ZABALA		SSN:		XXX-XX0	120	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas l Horas	e hacen	El pone	dia normal, (rse en cuclill narse/que dob	as:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas			ızar para arril			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			nzar hacia fue	era:		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		El torce Arrastre				Horas Horas
Semana:	Horas			de la escalo:	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	:			Horas
			Cargano	do cosas pesa	ıdas:		Horas
_	o se requiere que levante	Constant		A menu		A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:			\longrightarrow				-{ }
76 lbs a 100 lbs	3:	-	\longrightarrow				
más de 100 lbs:					\longrightarrow		$\exists \vdash$
Mi trabajo ii	ncluye	Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :				[·	_] []
El agarrar de la Dirección de la							_{ }
Equilibrio:	precision.	-			}		-{ }
_	e la computadora/del cojín de tacto :	-					$\exists \vdash = \exists$
	nizado para la eficacia :						$\exists \vdash$
Computadora s	Computadora simultánea y teléfono :				$ \longrightarrow $		<u> </u>



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre :	YASMIN ZABALA		SSN:	XXX-XX0120		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1s	a Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tino de ce	ntro médico?		
Se tomaron		nera, se presento en argu	in one upo de co.	mio medico:		
Si fue un ac	ecidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	ior 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	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/25/23

PATIENT #

Nombre: YASMIN ZABALA SSN: XXX-XX0120

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

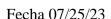
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFIC	O OLIE FUL A POR MI PROPIA
			FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
	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 EN SIN LA AU		
			TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F		NO GUARAIN	TIZAR QUE WII CONDICION ACTUAL
MEJOKE. F	žDQ		
CI MENOD.			
SI MENOR:			
E1]	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma		





Nombre :	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120	
----------	---------------	------	------------	--

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.

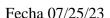
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	nede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de da rella sólo Occidental información relacionac	itos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	d para los servicios sobredichos.	

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 07/25/23

PATIENT #			
Nombre:	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120

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:	YASMIN ZABALA	SSN:	XXX-XX0120	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			