

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

BRAULIO FREGOSO

WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	BRAULIO FREGOSO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2016 BARCELON CIRCEL	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	BARSTOWCA92311	FDN:	05/10/1958
Teléfono:	(760)782-7995	Edad:	64
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(442)279-4566		
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/13/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	FRANK, JONATHAN M	Partes del cuerpo	:
Direccion:	14624 SHERMAN WAY STE 309		
Ciudad, Zip:	VAN NUYSCA91405		
Teléfono:	(818)884-5480	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	IÓN 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	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		05/09/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	BRAULIO FREGOSO		SSN:	[;	XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#					
Cargo:							
Ü							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL	TRABAJO					
			En un die	o m o m o o 1	Cuántas la	owaa baaa al a ai	avianta
	a típico de 8 horas, cuántas			e en cuclill		oras hace el o si	Horas
Sentarse:	Hora		_	rse/que dol			Horas
Pararse:	Hor		Arrodillar	_	oia.		Horas
Caminar:	Hor				hai		Horas
Manejar:	Hor	as		ar para arri ar hacia fue			\rightarrow
Cuántas hor	as trabaja en un				era:		Horas
Día	Hora	1S	El torcer:				Horas
Normal/Turno: Semana:	Hor		Arrastre:				Horas
Semana.	Hon	15		le la escalo			Horas
			El subir d	le la escalei	ra:		Horas
			Usando u	na computa	adora:		Horas
			Usando el	l teléfono:			Horas
			Empujand	do:			Horas
			Jalando:				Horas
			Cargando	cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levan	te Constan	itemente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:					}		
26 lbs a 50 lbs:							1
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo in	ncluye	Constan	itemente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:					(
	le la computadora/del cojín d	e tacto :] [
	nizado para la eficacia :						
Computadora s	imultánea y teléfono:						



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	BRAULIO FREGOS	0	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, pudo	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 05/09/23

PATIENT #

Nombre: BRAULIO FREGOSO 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

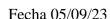
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	BRAULIO FREGOSO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	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 PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR	
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #					
Nombre:	BRAULIO FREGOSO	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.

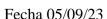
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre :	BRAULIO FREGOSO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE F	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utilizada	a por 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	condición médica. De nuestra base de o	datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud p	ara 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 05/09/23

PATIENT#					
Nombre:	BRAULIO FREGOSO	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 #	<u> </u>			
Nombre:	BRAULIO FREGOSO	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVA CV	A CKNOWN EDGMENT INFORMATION			
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	- Firma:			
	Fecha:			