

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/20/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	JESUS MENDOZA PEREDA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	721 OLIVE AVE #4	Sexo:	М
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90813	FDN:	12/24/2000
Teléfono:	(562)326-0389	Edad:	22
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::		Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHN, DUKE	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LOS ALAMITOSCA		
Teléfono:	(562)430-3561	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	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	_
		03/20/23	
JESUS MEN	NDOZA PEREDA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	JESUS MENDOZA PEREDA	SSN:		XXX-XX9999		
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO)				
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le had	0 0 11 11 1	n dia normal, (Cuántas horas h		ente Horas
Pararse:	Horas		clinarse/que dob	ola:	F	Horas
Caminar:	Horas		dillamiento:			Horas
Manejar:	Horas		canzar para arrib			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		canzar hacia fue	era:		Horas
Día N	Horas	El to				Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas	Arras				Horas
Semana.	110143		bir de la escalor			Horas
			bir de la escaler			Horas
			do una computa do el teléfono:	idora:		Horas
						Horas Horas
		Jalan	ujando:			Ioras
				ndag:		Ioras
		Cargo	ando cosas pesa			
	o se requiere que levante	Constantemente	A menu	do A	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	ncluye	Constantemente	A menu	do A	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:		{ }		{ }	
	nizado para la eficacia :		{ }			
Computadora s	imultánea y teléfono :		1			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JESUS MENDOZA	PEREDA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #						
Describa brever	mente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	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 esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión, favor llenar lo siguiente?						
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/20/23

PATIENT #

Nombre: JESUS MENDOZA PEREDA 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

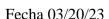
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	JESUS MENDOZA PEREDA	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 CO A 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 O EZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	MI N O. ARA SIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





TO A	TIES.	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	JESUS MENDOZA PEREDA	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.

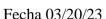
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JESUS MENDOZA PEREDA	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salue os de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	su condición médica. De nuestra base de datos, rella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salu	d 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 03/20/23

HON A PRINTED IN THE	
	α

Nombre:	JESUS MENDOZA PEREDA	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:	JESUS MENDOZA PEREDA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			