

JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MORENO VALLEY

Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141
Direccion:	15166 BATTON ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	MORENO VALLEYCA92551	FDN:	08/11/1969
Teléfono:	(951)550-3448	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	12/21/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	155 W HOSPITALITY LANE STE 220		
Ciudad, Zip:	SAN BERNARINOCA92408		
Teléfono:	(323)435-4523	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	v Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pr	•	
cuanto la aseg	uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		04/24/23	

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA	CHAVEZ	SSN:		XXX-XX8	141	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #	:					
Cargo:							
Cargo.							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL 1	ГКАВАЈО					
Duranta un día	típico de 8 horas, cuántas	horas la hacan	En un di	ia normal.	Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas			se en cuclil			Horas
Pararse:	Hora		El inclina	arse/que do	bla:		Horas
Caminar:	Hora		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:	Hora		El alcanz	zar para arri	iba:		Horas
		3	El alcanz	zar hacia fu	era:		Horas
	as trabaja en un		El torcer	ī:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas	5	Arrastre:	:			Horas
Semana:	Hora	S	El subir o	de la escalo	ones:		Horas
				de la escale			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:			Horas
			Empujan				Horas
			Jalando:				\dashv
					1		Horas
			Cargando	o cosas pes	adas:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que levante	e Constan	temente	A menu	udo	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	_		[-] []
más de 100 lbs:	:					-	
Mi trabajo in	icluye	Constan	temente	A menu	udo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :				<u> </u>	-	
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	1 , 1 /1 1 2				[
	e la computadora/del cojín de	tacto:	[[
	izado para la eficacia : multánea y teléfono :					-	{
Computationa SI	munanca y wichomo.			1			



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	JOSE FELIPE ZAVA	ALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos 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 04/24/23

PATIENT #

Nombre: JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ SSN: XXX-XX8141

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

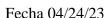
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDISENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O GEDQ	MIENTO DE CO Y QUE EMPRENDO ERTIFICADA EMEDICO I IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES ME DO 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:			





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141

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.

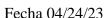
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud os de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para env	/iarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nuestra	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	d para los servicios sobredichos.	

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

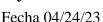
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





\mathbf{D} \mathbf{A}	ויודי	NT/I	Γ#

Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141

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	F.			
Nombre:	JOSE FELIPE ZAVALA CHAVEZ	SSN:	XXX-XX8141	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			