

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/19/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ENRIQUE RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1849 HOLLY AVE	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	ONTARIOCA91762	FDN:	08/09/1973
Teléfono:	(714)240-1217	Edad:	49
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/11/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	MILES, ANDREW	Partes del cuerpo	:
Direccion:	485 E FOOTHILL BLVD SUITE B		
Ciudad, Zip:	UPLANDCA91786		
Teléfono:	(909)941-3986	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		04/19/23	
ENRIQUE R	AMIREZ	Fecha firm	ada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	ENRIQUE RAMIREZ	SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción d	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0				
Durante un di	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	ecen En ui	n dia norm	ıal. Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Horas		nerse en cu			Horas
Pararse:	Horas	El inc	clinarse/que	dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arroc	lillamiento:			Horas
	Horas	El alc	anzar para	arriba:		Horas
Manejar:			anzar hacia			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El tor				Horas
Día Normal/Turno	Horas	Arras				Horas
Semana:	Horas		bir de la esc	palones:		Horas
			bir de la esc			Horas
						\dashv
			do una com			Horas
			do el teléfo	no:		Horas
		_	ijando:			Horas
		Jalan	do:			Horas
		Carga	ando cosas j	pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	A m	nenudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	::					
11 lbs a 25 lbs:	:		1		-	1
26 lbs a 50 lbs:	:		1		-	
51 lbs a 75 lbs:	:					
76 lbs a 100 lb						
más de 100 lbs						
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A m	nenudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :	}	{ }		-	
El agarrar de la	a energía:		$\langle \rangle$		-	\exists
Dirección de la	a precisión:		$\langle \ \rangle$		>	1
Equilibrio:			1		-	\exists
Uso del ratón d	de la computadora/del cojín de tacto:		1		-	1
Trabajo sincro	nizado para la eficacia:		1		·	1
Computadora s	simultánea y teléfono:		1		-	1



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	ENRIQUE RAMIRE	Z	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?					
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión						
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/19/23

PATIENT #

Nombre: ENRIQUE RAMIREZ 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

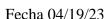
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ENRIQUE RAMIREZ	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 COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA COZDQ	MIENTO ICO Y QUI IMPREND ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COM UTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI CION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN O. PARA BIR IAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			_





PATIENT #					
Nombre:	ENRIQUE RAMIREZ	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.

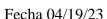
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ENRIQUE RAMIREZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
<i>3)</i>				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de	su condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	l para los servicios sobredich	ios.

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 04/19/23

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