

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/03/23

#### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	6419 10TH AVE APT 15	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90043	FDN:	11/16/1957
Teléfono:	(323)523-4124	Edad:	65
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:		1	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/20/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HARRISON, DANNY	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA		
Teléfono:	(323)464-6296	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	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		04/03/23	
OSCAR LIN	ИA	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#				
Nombre:	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO			
Durante un dís Sentarse: Pararse: Caminar:	a típico de 8 horas, cuántas horas le l Horas Horas	El pone El inclin	dia normal, Cuántas rse en cuclillas: narse/que dobla: lamiento:	horas hace el o si	guiente  Horas  Horas  Horas
Manejar:	Horas		nzar para arriba:		Horas
Día Normal/Turno: Semana:	o se requiere que levante	El torce Arrastre El subir El subir Usando Usando Empuja Jalando	e: de la escalones: de la escalera: una computadora: el teléfono: ndo:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	ncluye petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca  Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #	#					
Nombre:	OSCAR LIMA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN	O ACCIDENTE#				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergenc	ia?			Yes	No
		encia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, puo	do manejar el vehículo de	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	rior en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento me	dico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo trata	miento medico por la				
misma lesić	ón, favor llenar lo si	guiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono			·	·		



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/03/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre:	OSCAR LIMA	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

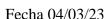
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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 ZDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ESIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ETRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El l	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #				
Nombre:	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	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.

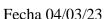
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
3) Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salud	l será utiliza	da por nuestro personal para	n enviarle
recordatorio	s de cita.  ión sobre Tratamientos: Su información de	la salud nue	de ser utilizada nara enviarl	e información que
usted puede nosotros tam	encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de si	a condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud	para los servicios sobredich	os.

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 04/03/23

PATIENT #					
Nombre:	OSCAR LIMA	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:	OSCAR LIMA	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente : Firma:				
	Fecha:				
	Firma:				
	Fecha:				