

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/14/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

	·		
Nombre:	J.SANTOS VENTURA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	210 E ELM ST	Sexo:	M
Ciudad, Zip:	COMPTONCA90220	FDN:	06/23/1973
Teléfono:	(562)661-7038	Edad:	50
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/14/2022	Post-cirugia :	1
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KHOUNGANIAN, GREG	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5363 BALBOA BLVD STE 245		
Ciudad, Zip:	ENCINOCA91316		
Teléfono:	(818)343-4430	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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 Person	— nal y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la info est-Star Physical Th	ormacion pertinente a este accidente en
		08/14/23	
J.SANTOS V	VENTURA	- <del> </del>	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	J.SANTOS VENTURA	SSN	•	XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #					
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0				
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha				noras hace el o si	
Sentarse:	Horas		onerse en cucl			Horas
Pararse:	Horas		nclinarse/que d	obla:		Horas
Caminar:	Horas		odillamiento:			Horas
Manejar:	Horas		lcanzar para ar			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		lcanzar hacia f	uera:		Horas
Día N	Horas		orcer:			Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas		stre:			Horas
Scinaria.	Tiolas		ıbir de la escal			Horas
			ıbir de la escal			Horas
			ndo una compu			Horas
			ndo el teléfono	)I		Horas
		_	oujando:			Horas
			Jalando:  Cargando cosas pesadas:			Horas
		Carg	gando cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A mer	nudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:						
11 lbs a 25 lbs:					·	
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:				} }	<b></b>	<b> </b>
76 lbs a 100 lbs			_{ }	}		{
más de 100 lbs:			$\exists$		<b></b>	$\downarrow$
Mi trabajo in	ncluye	Constantemente	A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:	e la computadora/del coiín de tacto :		_{ }	}	<del></del>	{
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :  Trabajo sincronizado para la eficacia :				}	-	<b>₹</b> }───┤
Computadora s		<b></b>		<del></del>	{ <b>}</b>	



## **Injury Informacion**

PATIENT #	<i>‡</i>				
Nombre:	J.SANTOS VENTURA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN O ACCIDEN	TE#			
Describa brev	vemente su accidente: :				
				Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia?				
Si no fue a	un cuarto de emergencia, se prese	ento en algún otro tipo de	e centro médico?		
Se tomaron	rayos x?				
Si fue un ac	cidente de auto, pudo manejar el	vehículo después del ac	cidente?		
Ha tenido a	lgun accidente anterior en la misr	na parte del cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento medico por la mi	isma lesión			
Si todavía e	sta reciviendo tratamiento medico	o por la			
misma lesió	in, favor llenar lo siguiente?				
Nombre:					
Direccion:					
Ciudad, Zip:					
Teléfono					



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/14/23

PATIENT #

Nombre: J.SANTOS VENTURA SSN: XXX-XX9999

#### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

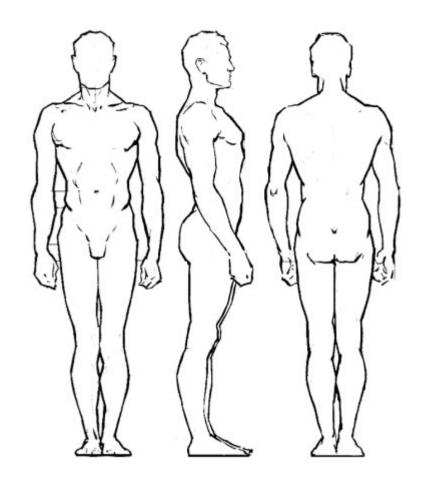
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

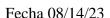
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	J.SANTOS VENTURA	SSN:	XXX-XX9999	
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 MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O CEDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAL KPLICADA MEDICO I IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES ME O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO 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 BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #			
Nombre:	J.SANTOS VENTURA	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.

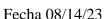
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	J.SANTOS VENTURA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud es de cita.	l será utiliz	ada por nuestro personal para env	riarle
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 l	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	d para los servicios sobredichos.	

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

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 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 08/14/23

Nombre: J.SANTOS VENTURA SSN: XXX-XX9999	PATIENT #			
Nombre: J.SANTOS VENTURA SSN: XXX-XX9999			1	
	Nombre:	J.SANTOS VENTURA	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:	J.SANTOS VENTURA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			