

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/24/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARTHA INIGUEZ

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MARTHA INIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	605 W 63RD PLACE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90044	FDN:	11/07/1969		
Teléfono:	(323)300-0128	Edad:	53		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:	(213)464-8729				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	01/21/2023	Post-cirugia:			
Tipo:	PI	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	SAMIMI, BABAK	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	11710 WILSHIRE BLVD				
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90025				
Teléfono:	(310)606-2156	Dx:			
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACI	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 para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios					
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 05/24/23					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARTHA INIGUEZ		SSN:	XXX-XX99	 999 	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	O#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, cuánt	tas horas le hacen		normal, Cuántas h en cuclillas:	oras hace el o sig	uiente Horas
Pararse:		oras		se/que dobla:		Horas
Caminar:		oras	Arrodillam	iento:		Horas
Manejar:		oras	El alcanzar	para arriba:		Horas
	ras trabaja en un		El alcanzar	hacia fuera:		Horas
Día			El torcer:			Horas
Normal/Turno		oras	Arrastre:			Horas
Semana:	He	oras	El subir de	la escalones:		Horas
			El subir de	la escalera:		Horas
			Usando un	a computadora:		Horas
			Usando el	teléfono:		Horas
			Empujando	D:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando o	cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que leva	ante Constant	temente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:			\longrightarrow	}		
26 lbs a 50 lbs:						
51 lbs a 75 lbs:						
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs			[_			
mas de 100 los	•					
Mi trabajo i	ncluye	Constant	temente	A menudo	A veces	Nunca
	petidor de manos:					
	petidor de pies :					
El agarrar de la energía:						
Dirección de la precisión: Equilibrio:		<u></u>	}	}		
	le la computadora/del cojín	de tacto :	}	}		
Trabajo sincronizado para la eficacia:			}	{}		
Computadora simultánea y teléfono :			\longrightarrow			



Injury Informacion

PATIENT #								
Nombre:	MARTHA INIGUEZ		SSN:	XXX-XX9999				
INFORMAC	INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevemente su accidente: :								
					Yes	No		
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a ur	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acci	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	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 est	a reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión, favor llenar lo siguiente?								
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/24/23

PATIENT #

Nombre: MARTHA INIGUEZ 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

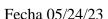
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	MARTHA INIGUEZ	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 MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CON FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CON DACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MOMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMESENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OS EDQ	AMIENTO I ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES O QUE SERE EVALUADO(A) POR UDO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECICION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN TO. PARA BIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			_ _ _





PATIENT #					
Nombre:	MARTHA INIGUEZ	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.

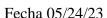
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARTHA INIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	÷	
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salu	nd 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 05/24/23

PATIENT #					
Nombre:	MARTHA INIGUEZ	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:	MARTHA INIGUEZ	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente					
	Firma					
	Fecha	1:				
	Firma	ı:				
	Fecha	1:				