

ALFONSO GUERRERO

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

| Nombre: | ALFONSO GUERRERO | SSN: | XXX-XX9999 |
|------------------------|--|----------------------|-----------------------------|
| Direccion: | 12418 WASHINGTON PLACE | Sexo: | M |
| Ciudad, Zip: | LOS ANGELESCA90066 | FDN: | 11/26/1978 |
| Teléfono: | (310)430-6565 | Edad: | 44 |
| Telé trabajo : | | Email: | |
| Telé celular: | | | |
| INFORMAC | ION DEL PACIENTE # | | |
| Fecha:: | 05/25/2023 | Post-cirugia : | |
| Tipo: | PI | FDC: | |
| DOCTOR QU INFORMACI | UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN | | |
| Nombre: | KASHANI, HOUMAN | Partes del cuerpo | : |
| Direccion: | 2214 S HOOVER ST | | |
| Ciudad, Zip: | LOS ANGELESCA90007 | | |
| Teléfono: | (213)622-3100 | 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 | al y Asignacion de | Beneficios |
| cuanto la aseg | a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados | st-Star Physical Th | _ |
| | | 06/14/23 | |

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

| PACIENTE | # | | | | |
|---|--|----------------|---|---------------------|-----------------------|
| Nombre: | ALFONSO GUERRERO | SSN: | XXX-XX | .9999 | |
| INFORMAC | CION DEL TRABAJO # | | | | |
| Cargo: | | | | | |
| Descripción de | e las funciones: | | | | |
| DETALLES | ADICIONALES DEL TRABAJO |) | | | |
| Durante un día Sentarse: | a típico de 8 horas, cuántas horas le had Horas | El pone | dia normal, Cuántas erse en cuclillas: narse/que dobla: | horas hace el o sig | guiente Horas Horas |
| Caminar: | Horas | Arrodil | lamiento: | | Horas |
| Manejar: | Horas | | nzar para arriba: | | Horas |
| Cuántas hor | as trabaja en un | | nzar hacia fuera: | | Horas |
| Día Normal/Turno: | Horas | El torce | | | Horas |
| Semana: | Horas | Arrastre | e: : de la escalones: | | Horas |
| | | | de la escalera: | | Horas |
| | | | una computadora: | | Horas |
| | | | el teléfono: | | Horas |
| | | Empuja | | | Horas |
| | | Jalando | | | Horas |
| | | | do cosas pesadas: | | Horas |
| 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: | | Constantemente | A menudo | A veces | Nunca |
| 76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs | | | | | |
| Mi trabajo in | | Constantemente | A menudo | A veces | Nunca |
| Movimiento rep Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d | petidor de manos: petidor de pies : energía: | | | | |
| Computadora simultánea y teléfono : | | | | | { |



Injury Informacion

| PATIENT # | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|-------------|-----|----|--|--|
| Nombre: | ALFONSO GUERRI | ERO | SSN: | XXX-XX9999 | | | | |
| INFORMACI | INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE # | | | | | | | |
| Describa brever | nente su accidente: : | | | | | | | |
| | | | | | Yes | No | | |
| Estuvo en la S | Sala de Emergencia | ? | | | | | | |
| Si no fue a un | cuarto de emergen | cia, se presento en algú | n otro tipo de cer | tro médico? | | | | |
| Se tomaron ra | ayos x? | | | | | | | |
| Si fue un acci | dente 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 sig | uiente? | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | |
| Direccion: | | | | | | | | |
| Ciudad, Zip: | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | |



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/14/23

PATIENT #

Nombre: ALFONSO GUERRERO SSN: XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

A = Doloresches

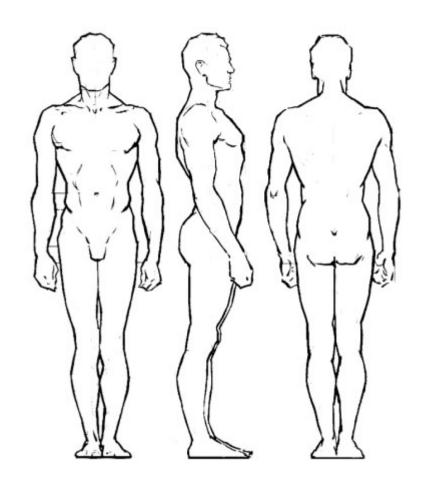
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

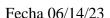
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

| PATIENT # | PATIENT # | | | | | | |
|---|--|--|--|---------|--|--|--|
| Nombre: | ALFONSO GUERRERO | SSN: | XXX-XX9999 | | | | |
| FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA YOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERRAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION dE EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ SI MENOR: El Nombre de Padre O Guardian del Paciente: Relacion: Firma: Fecha: Testigo(a): | | | | | | | |
| VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST. RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII COMPREN | D 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 | MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF | DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIESTON FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS | RA R | | | |
| SI MENOR | | | | | | | |
| El | Relacion: Firma: Fecha: | | | | | | |





| T) | A | T | TIT | TAT | Ш |
|----|---|---|-----|-----|---|
| | | | | | |

| Nombre: | ALFONSO GUERRERO | 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.

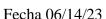
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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: | ALFONSO GUERRERO | 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 utiliza | ada por nuestro personal para env | viarle |
| usted puede nosotros tan | ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted** | gestión de s | su condición médica. De nuestra | base de datos, |
| | Por Favor no utiliza mi información | n de la salud | l 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 06/14/23

| PATIENT # | | | | |
|-----------|------------------|------|------------|--|
| | | | | |
| Nombre: | ALFONSO GUERRERO | 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: | ALFONSO GUERRERO | SSN: | XXX-XX9999 | |
| PRIVACY A | ACKNOWLEDGMENT INFORMATION | | | |
| | | | | |
| | Paciente : Firma: | | | |
| | Fecha: | | | |
| | Firma: | | | |
| | Fecha: | | | |