

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE

TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA

WESTSTAR DOWNTOWN LA

| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | SSN: | XXX-XX9999 |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Direccion: | 2460 VENICE BLVD | Sexo: | F |
| Ciudad, Zip: | LOS ANGELESCA90019 | FDN: | 09/22/1984 |
| Teléfono: | (323)237-2506 | Edad: | 38 |
| Telé trabajo : | | Email: | |
| Telé celular: | | | |
| INFORMACI | ON DEL PACIENTE # | | |
| Fecha:: | 01/03/2023 | Post-cirugia : | |
| Tipo: | PI | FDC: | |
| DOCTOR QU INFORMACI | E REFIRIO AL PACIENTE ÓN | | |
| Nombre: | OKHOVAT, MAHYAR | Partes del cuerpo | : |
| Direccion: | 25952 CANWOOD STREET STE 109 | | |
| Ciudad, Zip: | AGOURA HILLSCA91301 | | |
| Teléfono: | (818)918-2766 | 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 |
| Yo authorizo a | a West-Star Physical Therapy para que pr | oporcione la info | rmacion pertinente a este accidente en |
| | uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados. | -Star Physical Th | erapy reciba el pago directo de los |
| | | 06/27/23 | |

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 06/27/23

| INFORMACION DEL TRABAJO # Cargo: Descripción de las funciones: DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas Pararse: Horas Pararse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas Cuántas horas trabaja en un Día Normal/Turno: Horas El subir de la escalones: El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Usando el teléfono: Empujando: Horas Empujando: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: | PACIENTE | # | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|-------------------|---------|
| Descripción de las funciones: Descripción de las funciones: Durante un díu típico de 8 horas, cuántas horas le hacen En un día normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas El ponerse en cuclillas: Horas Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas El alcanzar para arriba: Horas Cuántas horas trabaja en un Día Normal/Turno: Horas Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Usando el telefono: Empujando: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Nombre: | TERESITA HERNANDEZ | BAUTISTA | SSN: | | XXX-XX99 | 999 | |
| Descripción de las funciones: Descripción de las funciones: | INFORMAC | CION DEL TRABAJO # | | | | | | |
| DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas El ponerse en cuclillas: Horas Pararsc: Horas El inclinarse/que dobla: Horas Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas Cuántas horas trabaja en un Diá Horas Horas El subir de la escalones: Horas Semana: Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalera: Horas El subir de la escalera: Horas El subir de la escalera: Horas Usando una computadora: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Cargo: | | | | | | | |
| Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas Caminar: Horas El alcanzar para arriba: Horas Cuántas horas trabaja en un Día Normal/Turno: Horas El subir de la escalores: Horas El subir de la escalores: Horas El subir de la escalores: Horas El mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas El ponerse en cuclillas: Horas El inclinarse/que dobla: Horas El inclinarse/que dobla: Horas El inclinarse/que dobla: Horas El alcanzar hacia fuera: Horas El alcanz | Descripción de | e las funciones: | | | | | | |
| Sentarse: Horas El ponerse en cuclillas: Horas Horas El inclinarse/que dobla: Horas El inclinarse/que dobla: Horas El alcanzar para arriba: Horas El alcanzar hacia fuera: Horas El torcer: Horas Arrastre: Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Horas Usando el teléfono: Horas Empujando: | DETALLES | ADICIONALES DEL T | RABAJO | | | | | |
| Sentarse: Horas El ponerse en cuchillas: Horas Horas El inclinarse/que dobla: Horas Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas Horas El alcanzar para arriba: Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Horas Usando una computadora: Horas Empujando: Horas En mit trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca El las a 25 lbs: El las a 75 lbs: Horas El subir de la energía: Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Durante un dí | a típico de 8 horas, cuántas h | oras le hacen | En un c | lia normal, | Cuántas ho | oras hace el o si | guiente |
| Aradilamiento: Horas Caminar: Horas Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas El alcanzar hacia fuera: Horas El torcer: Horas Normal/Turno: Horas Semana: Horas Horas El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Horas Usando el teléfono: Horas Empujando: Horas Empujando: Horas Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: Cargando cosas pesadas: Moras El subir de la escalones: Horas Cargando cosas pesadas: Horas Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Munca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: Nunca el agarrar de la energía: | Sentarse: | | | El pone | rse en cuclil | las: | | Horas |
| Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas El alcanzar hacia fuera: Horas Para Mormal/Turno: Horas Arrastre: Horas El subir de la escalones: Horas Usando una computadora: Horas Usando el telefono: Horas Empujando: Horas Empujando: Horas Cargando cosas pesadas: Horas En mit trabajo se requiere que levante En mit trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Usa de 100 lbs: Mit trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | Pararse: | Horas | | El inclir | narse/que do | bla: | | Horas |
| Cuántas horas trabaja en un Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas Horas Horas Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalera: Usando una computadora: Usando el teléfono: Horas Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | Caminar: | Horas | | Arrodill | amiento: | | | Horas |
| Cuántas horas trabaja en un Día Normal/Turno: Horas Horas El torcer: Horas Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalera: Usando una computadora: Usando el teléfono: Horas Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Moi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Manejar: | Horas | | El alcan | zar para arri | ba: | | Horas |
| El torcer: Normal/Turno: Horas Horas Horas Horas El subir de la escalones: Horas El subir de la escalones: Horas Horas Usando una computadora: Usando el teléfono: Empujando: Horas Empujando: Cargando cosas pesadas: Horas Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Horas Li lbs a 25 lbs: 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | Cuántas hor | as trahaia en un | | El alcan | zar hacia fu | era: | | Horas |
| Normal/Turno: Horas | | | | El torce | r: | | | Horas |
| El subir de la escalera: Usando una computadora: Usando el teléfono: Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | Normal/Turno: | Horas | | Arrastre | : | | | Horas |
| Usando una computadora: Usando el teléfono: Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Semana: | Horas | | El subir | de la escalo | nes: | | Horas |
| Usando el teléfono: Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca | | | | El subir | de la escale | ra: | | Horas |
| Empujando: Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas Horas Horas Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Horas Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | | | | Usando | una comput | adora: | | Horas |
| Jalando: Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | | | | Usando | el teléfono: | | | Horas |
| Cargando cosas pesadas: Horas En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | | | | Empuja | ndo: | | | Horas |
| En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunca Il lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | | | | Jalando | : | | | Horas |
| 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | | | | Cargano | lo cosas pes | adas: | | Horas |
| 10 lbs o menos: 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: El agarrar de la energía: | En mi trabai | o se requiere que levante | Constant | temente | A menu | ıdo | A veces | Nunca |
| 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | | * * | | | | | | |
| 51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: | 11 lbs a 25 lbs: | | <u></u> | \longrightarrow | | } | | { |
| 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs: Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: | 26 lbs a 50 lbs: | | | $\overline{}$ | | } | | { |
| Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | 51 lbs a 75 lbs: | | | $\overline{}$ | | | | |
| Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies: | | | | | | | | |
| Movimiento repetidor de manos: Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | más de 100 lbs: | : | | | | | | |
| Movimiento repetidor de pies : El agarrar de la energía: | Mi trabajo ii | ncluye | Constant | temente | A menu | ıdo | A veces | Nunca |
| El agarrar de la energía: | Movimiento rep | petidor de manos: | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Dirección de la precisión: | | | | | | | | |
| | | precisión: | | | | | | |
| | Equilibrio: | a la computadore /d-1 1 - | note: | | | [| | { |
| Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Frabajo sincronizado para la eficacia : | | | acto: | | | } | | { |
| Computadora simultánea y teléfono : | | | } | | | {} | | { } |



Injury Informacion

Fecha 06/27/23

| PATIENT # | | | | | | |
|----------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------|-----|---------------|
| Nombre: | TERESITA HERNAN | DEZ BAUTISTA | SSN: | XXX-XX9999 | | |
| INFORMAC | CIÓN DE LESIÓN O | ACCIDENTE# | | | | |
| Describa breve | emente su accidente: : | | | | | |
| Fetuvo en la | Sala de Emergencia |) | | | Yes | No |
| | | cia, se presento en algi | ún otro tino de ces | ntro médico? | | |
| Se tomaron | | ra, se presento en aigi | un ono upo de ee. | ntro medico: | | |
| Si fue un acc | cidente de auto, pudo | manejar el vehículo d | espués del accide | nte? | | |
| Ha tenido al | gun accidente anterio | r en la misma parte de | el cuerpo? | | | |
| Esta recivier | ndo tratamiento medi | co por la misma lesión | 1 | | | |
| | | | | | | |
| Si todavía es | sta reciviendo tratami | ento medico por la | | | | |
| misma lesión | n, favor llenar lo sigu | iente? | | | | |
| Nombre : | | | | | | |
| Direccion: | | | | | | |
| Ciudad, Zip: | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | $\overline{}$ |



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/27/23

PATIENT #

Nombre: TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA

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

Fecha 06/27/23

| PATIENT # | | | |
|-----------|-----------------------------|------|------------|
| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | SSN: | XXX-XX9999 |
| | | | |

FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

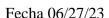
YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA 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 EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA 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): | |
| Nombre de la Persona tomando los datos: | |
| Firma: | |
| Fecha: | |
| | |

Notice of Privacy Practices





| TD / | THE RESERVE | Γ μ |
|------|-------------|----------------|
| | | |

| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | 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.

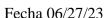
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





| PATIENT # | ŧ . | | | |
|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------------|--------------|
| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | 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 envia | rle |
| usted puede nosotros tan | ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted** | gestión de | su condición médica. De nuestra bas | se de datos, |
| | Por Favor no utiliza mi información | n de la saluc | 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.

WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

Notice of Privacy Practices

Fecha 06/27/23

| D/ | ١٦ | T | IF | M | T | # |
|------|------|---|-----|-----|---|----|
| F /- | -A I | | шп. | 1.0 | | ++ |

| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | 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



Notice of Privacy Practices

Fecha 06/27/23

| PATIENT # | | | | |
|-----------|-----------------------------|------|------------|--|
| Nombre: | TERESITA HERNANDEZ BAUTISTA | SSN: | XXX-XX9999 | |
| | | | | |
| PRIVACY A | CKNOWLEDGMENT INFORMATION | | | |
| | | | | |
| | Paciente: | | | |
| | Firma:_ | | | |
| | Fecha: | | | |
| | | | | |
| | Firma: | | | |
| | Fecha: | | | |