

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MARTHA AGUILAR

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MARTHA AGUILAR	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	1223 WEST 97TH STREET	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90044	FDN:	02/06/1962		
Teléfono:	(323)210-5169	Edad:	61		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:	(323)210-5169				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	05/18/2022	Post-cirugia:			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	SISTO, DOMENICK	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	4955 VAN NUYS BLVD STE 615				
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403				
Teléfono:	(818)905-2222	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	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. 07/07/23					
07/07/25					

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre : MARTHA AGUILAR SSN: XXX-XX9999								
INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:								
Descripción de las funciones:	Descripción de las funciones:							
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO								
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen Sentarse: Horas Horas En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente El ponerse en cuclillas: Horas Horas Horas								
Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas								
Manejar: El alcanzar para arriba: Horas								
Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas								
Día El torcer: Horas								
Arrastre:								
El subil de la escalolles.								
El subir de la escalera: Usando una computadora: Horas								
Usando una computadora: Horas Usando el teléfono: Horas								
Empujando: Horas								
Jalando: Horas								
Cargando cosas pesadas: Horas								
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces Nunc	a							
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:	\longrightarrow							
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunc) a							
Movimiento repetidor de manos:								
Movimiento repetidor de pies :	$\overline{}$							
El agarrar de la energía:								
Dirección de la precisión:								
Equilibrio:								
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	\longrightarrow							
Computadora simultánea y teléfono :	\longrightarrow							



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	MARTHA AGUILAR		SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa breve	emente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron i	rayos x?						
Si fue un acc	Si fue un accidente de auto, pudo manejar el vehículo después del accidente?						
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión							
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la					
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?					
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/07/23

PATIENT #

Nombre: MARTHA AGUILAR 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

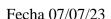
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	MARTHA AGUILAR	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 TRATANO TENER REFERENCIA DE UN MEDINTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONFISICO CON LICENCIA VALIDA Y CHOACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBNOTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA ORDO	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A N MEDICO PARA IEN COMPREN TORIZACION I	SIOTERAPIA. 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 FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
Ell	Firma: Fecha:		
	T:		





PATIENT #				
Nombre:	MARTHA AGUILAR	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.

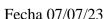
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 AGUILAR	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tan	vión 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 s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	l para los servicios sobredich	108.

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 07/07/23

PATIENT#				
Nombre:	MARTHA AGUILAR	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 AGUILAR	SSN:	XXX-XX9999		
DDIVACV	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente :				
	Firma:_				
	Fecha:_				
	Firma:				
	Fecha:				