

# Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/09/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

**WESTSTAR ANAHEIM** 

Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953
Direccion:	1540 WEST BALL STE H	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92802	FDN:	10/02/1980
Teléfono:	(714)853-7557	Edad:	42
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/15/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AUN, BRYAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	902 NORTH GRAND AVE STE 100A		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92701		
Teléfono:	(714)276-2300	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	n para Proporcionar Informacion Personal	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		05/09/23	
LAURA EST	TRELLA TORRES	Fecha firm	ada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES		SSN:		XXX-XX4	953	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJO	0					
	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	acen		dia normal, rse en cuclil		noras hace el o sig	guiente Horas
Sentarse:				narse/que do			Horas
Pararse: Caminar:	Horas			lamiento:	0141		Horas
Manejar:	Horas			ızar para arri	iba:		Horas
				ızar hacia fu			Horas
	ras trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno	: Horas		Arrastre	e:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	ones:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	:			Horas
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		$\overline{}$		
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	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la							} [
Dirección de la Equilibrio:	a precision:					<b></b>	{
	de la computadora/del cojín de tacto :	}					{ }
	nizado para la eficacia:						{
Computadora s	simultánea y teléfono :		$\overline{}$				



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre :	LAURA ESTRELLA	TORRES	SSN:	XXX-XX4953		
INFORMAC	IÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brever	mente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l 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 05/09/23

PATIENT #

Nombre: LAURA ESTRELLA TORRES SSN: XXX-XX4953

### 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

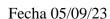
0 = Otro





## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y XPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPREND TORIZACION F	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:			
El I	Firma: Fecha:		





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953

### 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.

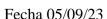
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>			
Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pag	ga (2 de		
Los Record	atorios de la cita: Su información de los de cita.	la salud será utiliza	da por nuestro personal para enviar	le
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su informac encontrar interesante en el tratamien nbién le podemos enviar información er de interés a usted**	to y la gestión de s	u condición médica. De nuestra bas	e de datos,
	Por Favor no utiliza mi infor	mación de la salud	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 05/09/23

PATIENT #					
Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953		

### **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 #	<del>‡</del>			
Nombre:	LAURA ESTRELLA TORRES	SSN:	XXX-XX4953	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
IMIVACI	ACKNOWIEDOWENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			