

**INFORMACION DEL  
PACIENTE #****WESTSTAR SANTA ANA**

Nombre :	JACINTA QUIROZ	SSN :	XXX-XX9999
Direccion :	1820 S BROADWAY APT 8	Sexo :	F
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92707	FDN :	09/11/1975
Teléfono :	(714)442-5068	Edad:	47
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			

**INFORMACION DEL PACIENTE #**

Fecha::	04/25/2023	Post-cirugia :	
Tipo :	WC	FDC:	

**DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE  
INFORMACIÓN**

Nombre :	AGUILERA, ADRIANA	Partes del cuerpo :	
Direccion :	10028 ADAMS AVE		
Ciudad, Zip:	HUNTINGTON BEACHCA92646		
Teléfono :	(714)963-4398	Dx:	

**INFORMACIÓN DEL ABOGADO**

Nombre :		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	

**INFORMACIÓN DE EMPLEO :**

Nombre :		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA****INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA  
MEDICA**

Nombre :		Nombre :	
Direccion :		Direccion :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo :		Tipo :	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Cln#:		Pol#/Cln#:	

**Authorizacion para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios**

Yo autorizo 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.

JACINTA QUIROZ

08/02/23

Fecha firmada





## Injury Informacion

Fecha 08/02/23

### PATIENT #

Nombre :

JACINTA QUIROZ

SSN:

XXX-XX9999

### INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #

Describa brevemente su accidente: :

Estuvo en la Sala de Emergencia?

Yes

No

Si no fue a un cuarto de emergencia, se presento en algún otro tipo de centro médico?

Se tomaron rayos x?

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 recibiendo tratamiento medico por la misma lesión

Si todavía esta recibiendo tratamiento medico por la

misma lesión, favor llenar lo siguiente?

Nombre :

Direccion :

Ciudad, Zip:

Teléfono

**PATIENT #**

---

Nombre :

JACINTA QUIROZ

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 08/02/23

PATIENT #

Nombre :

JACINTA QUIROZ

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 TERAPEUTA 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 GARANTIZAR 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: \_\_\_\_\_

**PATIENT #**

---

**Nombre :**

JACINTA QUIROZ

**SSN:**

XXX-XX9999

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** Pagina (1 de3)

---

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 exámenes 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 exámenes 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 mencionados 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 :

JACINTA QUIROZ

SSN:

XXX-XX9999

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** Paga (2 de 3)

Los Recordatorios de la cita: Su información de la salud será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de cita.

La información sobre Tratamientos: Su información de la salud puede ser utilizada para enviarle información que usted puede encontrar interesante en el tratamiento y la gestión de su condición médica. De nuestra base de datos, nosotros también le podemos enviar información que describe Estrella sólo Occidental información relacionada que puede ser de interés a usted\*\*

☐

Por Favor no utiliza mi información 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 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.



## Notice of Privacy Practices

Fecha 08/02/23

PATIENT #

---

Nombre :

JACINTA QUIROZ

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 08/02/23

### PATIENT #

---

Nombre :

JACINTA QUIROZ

SSN:

XXX-XX9999

### PRIVACY ACKNOWLEDGMENT INFORMATION

---

Paciente :

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_