

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741
Direccion:	852 S DAKOTA STREET APT 1	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92805	FDN:	12/23/1969
Teléfono:	(714)865-7286	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/14/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SCHIFFMAN, MICHAEL	Partes del cuerpo	0:
Direccion:	8610 S. SEPULVEDA, SUITE 101		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90045		
Teléfono:	(310)337-1643	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI 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	— nal y Asignacion de	e Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado:	st-Star Physical T	_
		07/27/23	
PATRICIA	MADRID	Fecha firr	mada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#				
Nombre:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-X	(X3741	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
, .					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	10			
D 1/		En un	dia normal Cuánte	as horas hace el o si	iquianta
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le h		erse en cuclillas:	is notas face et o si	Horas
			narse/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		lamiento:		Horas
Caminar:	Horas		nzar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		nzar hacia fuera:		Horas
Cuántas hora	as trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastr			Horas
Semana:	Horas		r de la escalones:		Horas
	110146				$\rightarrow$
			r de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja	ando:		Horas
		Jalando	):		Horas
		Cargan	do cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:	:			) [	
11 lbs a 25 lbs:				{ }	$\exists \vdash = \exists$
26 lbs a 50 lbs:				1	7
51 lbs a 75 lbs:				1	
76 lbs a 100 lbs				) [	
más de 100 lbs:					
Mi trabajo ir	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
_	petidor de pies :			]	
El agarrar de la				) [	
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	e la computadora/del cojín de tacto :				
	iizado para la eficacia :			<b> </b>	_
Computadora s	imultánea y teléfono :				



## **Injury Informacion**

PATIENT #	#					
Nombre:	PATRICIA MADRIE	)	SSN:	XXX-XX3741		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1s	a Sala de Emergenci:	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	in otro tino de ce	ntro médico?		
Se tomaron		nera, se presento en argu	in one upo de co.	ntro medico:		
Si fue un ac	ecidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						$\overline{}$



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/27/23

PATIENT #

Nombre: PATRICIA MADRID SSN: XXX-XX3741

### 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

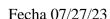
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre :	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIEN TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAMIEN TRATAMIEN	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 I FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH 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 COMPRENI 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:			
	Firma: Fecha:		
	Eirman		





PATIENT #							
Nombre:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741				
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.

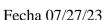
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	<b>;</b>		
	atorios de la cita: Su información de la salue	d será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
La informac	sión sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de	gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	er de interés a usted**  Por Favor no utiliza mi información			

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 07/27/23

PATIENT #					
Nombre:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741		

### **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:	PATRICIA MADRID	SSN:	XXX-XX3741			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					