

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/12/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

LENAIDA MALDONADO

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	LENAIDA MALDONADO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	15992 SEQUOIA ST APT 6	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	HESPERIACA92345	FDN:	02/23/1971
Teléfono:	(760)847-8783	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(760)547-8783		
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/03/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad, Zip:	POWAYCA92064		
Teléfono:	(858)451-2280	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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	al y Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes		
	mi aseguranza por los servicios prestados		
		06/12/23	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#						
Nombre:	LENAIDA MALDONADO		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	ABAJO					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas hora	as le hacen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas		_	rse en cucli			Horas
Pararse:	Horas		El inclin	narse/que d	obla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	amiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	zar para ar	riba:		Horas
	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fi	uera:		Horas
Día	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escal	era:		Horas
				una compu			Horas
				el teléfono			Horas
			Empuja		•		Horas
							$\dashv$
			Jalando:		,		Horas
			Cargand	lo cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	temente	A mer	nudo	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 ir	ncluye	Constant	temente	A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :		$\overline{}$				
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín de tacto	0:			(		
	iizado para la eficacia :				[		
Computadora si	imultánea y teléfono:				] [		



## **Injury Informacion**

PATIENT #							
Nombre:	LENAIDA MALDON	ADO	SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #  Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a un	cuarto de emerger	cia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	dente de auto, pudo	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 nor la					
Si todavía esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión, favor llenar lo siguiente?							
Nombre :							
Direccion :							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/12/23

PATIENT #

Nombre: LENAIDA MALDONADO SSN: XXX-XX9999

#### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

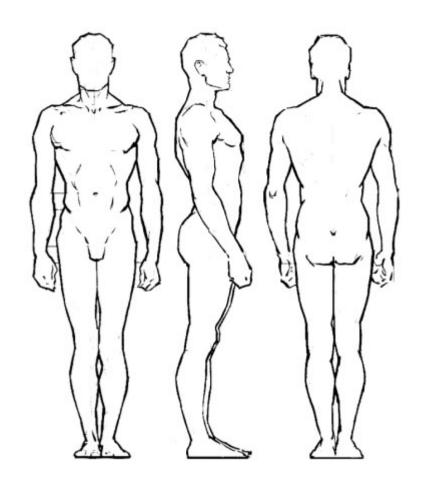
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro

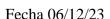




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

LENAIDA MALDONADO	SSN:	XXX-XX9999	
RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI XPLICADA MEDICO IEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES ME DE QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y LA AMI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA	I RA R S,
Nambar de Dados O Cornellos del Daviertes			
Relacion: Firma: Fecha: Testigo(a):			
	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CH DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O ZDQ  Nombre de Padre O Guardian del Paciente:  Relacion: Firma: Fecha: Testigo(a):	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTI D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO I NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICAI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADA DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COME ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZAC DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUAF ZDQ  Nombre de Padre O Guardian del Paciente:  Relacion:  Firma:  Fecha:  Testigo(a):	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QU NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES M ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y DACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PA MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBI ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMA DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACT ZDQ  Nombre de Padre O Guardian del Paciente:  Relacion: Firma:

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT#						
Nombre:	LENAIDA MALDONADO	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.

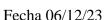
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir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





DATERIT #

FAIIENI †	†			
Nombre:	LENAIDA MALDONADO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Record	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliz	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	nede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salu	d 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.



DA GETTENIGE 4

#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 06/12/23

PATENT#						
_						
Nombre: LE	ENAIDA MALDONADO	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**

PATIENT #	ł .			
Nombre:	LENAIDA MALDONADO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			