

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/11/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	GUADALUPE MIRANDA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	2233 BRODERICK AVE	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	DUARTECA91010	FDN:	11/11/1966	
Teléfono:	(626)372-6663	Edad:	56	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #			
Fecha::	02/05/2022	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE LIÓN			
Nombre:	MULHOLLAND, CELENE	Partes del cuerpo	:	
Direccion:				
Ciudad, Zip:	PASADENACA			
Teléfono:	(626)793-8194	Dx:		
INFORMAC	TIÓN DEL ABOGADO			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :			
Nombre:		Direccion:		
Ciudad, Zip:		Teléfono :		
INFORMAC	TIÓN 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#:		
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	al y Asignacion de	Beneficios	
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	t-Star Physical Tl	_	
		07/11/23		
GUADALU	PE MIRANDA	Fecha firmada		



INFORMACION DEL TRABAJO

Nombre : GUADALUPE MIRANDA SSN: XXX-XX9999	
	_
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	$\overline{}$
	\dashv
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
DETABLES ADICIONALES DEL TRADAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente	
Sentarse: El ponerse en cuclillas: Horas	
Pararse: Horas El inclinarse/que dobla: Horas	
Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas	
Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas	
Cuántas horas trabaja en un El alcanzar hacia fuera: Horas	
Día El torcer:	
Normal/Turno: Horas Arrastre: Horas	
Semana: El subir de la escalones: Horas	
El subir de la escalera: 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 Nunca	
10 lbs o menos:)
11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs:	
20 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:	{
76 lbs a 100 lbs:	\dashv
más de 100 lbs:	\dashv
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces Nunca	
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:)
Equilibrio: Use del retén de la computadore/del ceién de tecto :	
Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto : Trabajo sincronizado para la eficacia :	\dashv
Computadora simultánea y teléfono :	\dashv



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	GUADALUPE MIRA	NDA	SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa breve	mente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a un	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron rayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?			
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 07/11/23

PATIENT #

Nombre: GUADALUPE MIRANDA 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

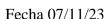
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	GUADALUPE MIRANDA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O CEDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAT KPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES M D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y LA SA MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIN ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			- - - -





PATIENT #					
Nombre:	GUADALUPE MIRANDA	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.

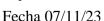
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GUADALUPE MIRANDA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal para e	nviarle
usted puede nosotros tan	ción 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 nuestr	ra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredichos	s.

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 07/11/23

PATIENT #				
Nombre:	GUADALUPE MIRANDA	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:	GUADALUPE MIRANDA	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente:				
	Firma:_ Fecha:_				
	Firma:_ Fecha:				