

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/11/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	4353 W 133RD ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	HAWTHORNECA90250	FDN:	03/07/1983
Teléfono:	(310)484-6229	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/02/2023	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	ROOFIAN, SHAWN MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	8500 WILSHIRE STE 102		
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90211		
Teléfono:	(310)926-4922	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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		08/11/23	
MARTHA Z	ULMA MORENO LARA	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 08/11/23

PACIENTE	#					
Nombre:	MARTHA ZULMA M	ORENO LARA	SSN:	XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	O#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DE	CL TRABAJO				
Durante un dí Sentarse:		itas horas le hacen foras	El poner	ia normal, Cuántas l se en cuclillas: arse/que dobla:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar:		Ioras	Arrodilla	miento:		Horas
Manejar:	H	Ioras		ar para arriba:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			ar hacia fuera:		Horas
Día Normal/Turno:	H	loras	El torcer Arrastre:			Horas Horas
Semana:		Ioras		de la escalones:		Horas
			El subir o	de la escalera:		Horas
			Usando ı	ına computadora:		Horas
			Usando e	el teléfono:		Horas
			Empujan	do:		Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj 10 lbs o menos 11 lbs a 25 lbs: 26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:		ante Con	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs	s:					
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : l energía:		nstantemente	A menudo	A veces	Nunca



Injury Informacion

Fecha 08/11/23

PATIENT #	‡					
Nombre:	MARTHA ZULMA MORE	ENO LARA	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN O AC	CCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en l	o Sala da Emarcancia?				Yes	No
	a Sala de Emergencia?					
Si no fue a	un cuarto de emergencia,	se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ecidente de auto, pudo ma	nnejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anterior e	n la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento medico j	por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratamient	o medico por la				
misma lesić	ón, favor llenar lo siguien	te?				
Nombre :						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/11/23

PATIENT #

Nombre: MARTHA ZULMA MORENO LARA 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 08/11/23

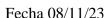
PATIENT #				
Nombre:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO ICO Y QUI IMPREND ERTIFICA XPLICAD I MEDICO SIEN COM UTORIZAO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE JE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN ADO Y QUE LA EVALUACION Y	A
SI MENOR				

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:

Nombre de la Persona tomando los datos:

Relacion:
Firma:
Fecha:
Testigo(a):

Firma:





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	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.

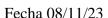
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
3)				
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la sa os de cita.	lud será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información encontrar interesante en el tratamiento y mbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informac	ión de la salud	para los servicios sobredich	nos.

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 08/11/23

Nombre:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	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



Fecha 08/11/23

PATIENT #	<i>‡</i>			
Nombre:	MARTHA ZULMA MORENO LARA	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:			
	Firma:_ Fecha:			