

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/25/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111
Direccion:	10710 FELTON AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	INGLEWOODCA90304	FDN:	10/22/1970
Teléfono:	(310)746-7332	Edad:	52
Telé trabajo :	(310)746-7332	Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/28/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	RAMIN, DAVID	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA		
Teléfono:	(310)276-7575	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	⊐ al v Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestados	proporcione la info st-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		04/25/23	
ROSA TOR	RES	Fecha firn	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	ROSA TORRES		SSN:	[;	XXX-XX2	111	
INFORMAC	TION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de	las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAI	ВАЈО					
	típico de 8 horas, cuántas horas	le hacen		dia normal, (noras hace el o si	guiente Horas
Sentarse:	Horas			narse/que dol			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	oiu.		Horas
Caminar:	Horas			ızar para arri	ba:		Horas
Manejar:	Horas			ızar hacia fue			Horas
	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	2:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando				Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabajo	se requiere que levante	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				1
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs						·	
más de 100 lbs:							
Mi trabajo in	cluye	Constante	emente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	etidor de manos:						
Movimiento rep							
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:				[·] []
Equilibrio:	e la computadora/del cojín de tacto						
	izado para la eficacia:					-	{
	multánea y teléfono :						{ }



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	ROSA TORRES		SSN:	XXX-XX2111		
INFORMAC	TIÓN DE LESIÓN () 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	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico 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 04/25/23

D/	\ T	III	NΠ	$\Gamma \#$

Nombre: ROSA TORRES SSN: XXX-XX2111

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

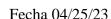
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAI PODRIA O I TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAM TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATANO TENER REFERENCIA DE UN MEDINTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONFISICO CON LICENCIA VALIDA Y CIDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBNO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA ORDO	MIENTO DE F. CO Y QUE OB' MPRENDO QUE ERTIFICADO Y KPLICADAS A MEDICO PAR JEN COMPREN JTORIZACION	ISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO FENIENDO FISIOTERAPIA ES MI JE SERE EVALUADO(A) POR UN JUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA JUO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
Ell	Firma: Fecha:		
	E:		





PATIENT #					
Nombre:	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111		
AVISO DE I	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.

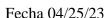
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111			
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de					
3)						
Los Recorda recordatorios	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	ida por nuestro personal par	a enviarle		
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	ı de la salud	para los servicios sobredici	hos.		

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 04/25/23

PATIENT #					
Nombre :	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111	_ 	
	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111	_	

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:	ROSA TORRES	SSN:	XXX-XX2111			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	recha					
	Firma:_					
	Fecha:					