

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/11/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1970 EAST 16TH STREET APT	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	NEWPORT BEACHCA92663	FDN:	05/26/1972
Teléfono:	(515)423-1603	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	06/17/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE TIÓN		
Nombre:	TRINH, KEVIN	Partes del cuerp	0:
Direccion:	455 OLD NEWPORT BLVD STE 101		
Ciudad, Zip:	NEWPORT BEACHCA92663		
Teléfono:	(949)933-7012	Dx:	
INFORMAC	TIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN DE EMPLEO :		
Nombre :		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	CIÓN 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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Person	─ nal v Asignacion de	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la infe est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		07/11/23	
MARTHA (	OCAMPO JIMENEZ	Fecha firi	mada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#						
Nombre:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
_							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	AJO					
_			En 110 6	lio nomo o 1	Cuántas la	omas bass al o si	avianta
	a típico de 8 horas, cuántas horas le	hacen		na normai rse en cucli		oras hace el o si	Horas
Sentarse:	Horas			narse/que d			Horas
Pararse:	Horas			amiento:	obia.		$\rightarrow$
Caminar:	Horas				*1		Horas
Manejar:	Horas			zar para ar			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un			zar hacia fi	uera:		Horas
Día	Horas		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:			Arrastre	. ·			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escal	ones:		Horas
			El subir	de la escal	era:		Horas
			Usando	una compu	ıtadora:		Horas
			Usando	el teléfono	:		Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	:			Horas
			Cargano	do cosas pe	sadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que levante	Constant	temente	A mer	nudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$		<u> </u>	-	7
26 lbs a 50 lbs:						-	
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs	:				) (		
Mi trabajo in	ncluye	Constant	temente	A mer	nudo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
	petidor de pies :					-	
El agarrar de la							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:					(		
	le la computadora/del cojín de tacto :				[		
	nizado para la eficacia :				[		
Computadora s	simultánea y teléfono :		)		] [		



# **Injury Informacion**

PATIENT :	#					
Nombre:	MARTHA OCAMPO	) JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergencia	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tino do co	ntro mádico?		
Se tomaron		icia, se presento en argu	in ono upo de ce	intro medico:		
	•	o manejar el vehículo d	espués del accide	nte?		
		or en la misma parte de				
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesio	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						$\overline{}$



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/11/23

PATIENT #

Nombre:

MARTHA OCAMPO JIMENEZ 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

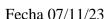




## FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Firma:

PATIENT #				
Nombre:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMIH TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMIH	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CE 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 I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI XPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	\
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ	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.

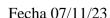
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 OCAMPO JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	de		
3)				
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal para en	viarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que der de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nuestra	a base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informacio	ón de la salud	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.



Fecha 07/11/23

Nombre:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ	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:	MARTHA OCAMPO JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:			