

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/16/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531
Direccion:	1747 RAINER CT	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92804	FDN:	10/13/1970
Teléfono:	(714)718-0196	Edad:	52
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/26/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	421 N BROOKHURST STREET STE 21		
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIÓ 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	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		05/16/23	
MARGARI	ΓA MIRANDA	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	C #					
Nombre:	MARGARITA MIRAND	A	SSN:	XX	X-XX7531	
INFORMA	CION DEL TRABAJO	#				
Conso						
Cargo:						
Descripción d	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEL	TRABAJO				
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuánta	s horas la hacan	En un di	ia normal. Cu	ántas horas hace el	o siguiente
Sentarse:	Hor			se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Hor		El inclina	arse/que dobla:	:	Horas
Caminar:	Hor		Arrodilla	amiento:		Horas
Manejar:	Hor		El alcanz	zar para arriba:		Horas
		as	El alcanz	zar hacia fuera:		Horas
	ras trabaja en un		El torcer			Horas
Día Normal/Turno	: Hor	as	Arrastre:		<u></u>	Horas
Semana:	Hor	as		de la escalones		Horas
				de la escalera:		Horas
				una computado	vro:	Horas
				una computado el teléfono:	ora.	Horas
			Empujan			Horas
			Jalando:			Horas
			Cargando	o cosas pesada	s:	Horas
En mi traba	jo se requiere que levan	ite Constan	itemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	3:					
11 lbs a 25 lbs	•					
26 lbs a 50 lbs						
51 lbs a 75 lbs						
76 lbs a 100 lb			[			
más de 100 lbs	S:					
Mi trabajo i	ncluye	Constan	temente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:					
Movimiento re	epetidor de pies :					
El agarrar de la energía:						
Dirección de la precisión:						
Equilibrio:						
	de la computadora/del cojín d	e tacto :				
	nizado para la eficacia:		[			
Computadora s	simultánea y teléfono :			i	1 1	



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre :	MARGARITA MIRA	NDA	SSN:	XXX-XX7531				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	emente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?				
Se tomaron i	rayos x?							
Si fue un acc	cidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido al	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión								
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/16/23

PATIENT #

Nombre: MARGARITA MIRANDA SSN: XXX-XX7531

### 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

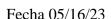
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E 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 CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OCIDO	MIENTO I ICO Y QUI IMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO SIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO (E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES O QUE SERE EVALUADO(A) POR UDO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION PRENDO QUE YO NO PUEDO RECTON FIRMADA MI MEDICO. ADEN	MI UN TO. PARA IBIR MAS,
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			  





PATIENT #					
		1			
Nombre:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531		

#### 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.

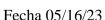
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2	de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	lud será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento y	la gestión de	uede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de da rella sólo Occidental información relacionad	itos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ión 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.



Fecha 05/16/23

PATIENT #					
Nombre:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531		

### 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:	MARGARITA MIRANDA	SSN:	XXX-XX7531			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_					
	Fecha:_					
	Firma:					
	Fecha:					