

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/07/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

### WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	SULMA AYALA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	19009 S LAUREL PARK ROAD	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	COMPTONCA90220	FDN:	06/19/1981
Teléfono:	(323)571-9345	Edad:	41
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/08/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	KASHANI, HOUMAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	2214 S HOOVER ST		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90007		
Teléfono:	(213)622-3100	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	ON SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre :	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre :		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	l v Asignacion de	Beneficios
	a West-Star Physical Therapy para que pi	-	
cuanto la aseg	guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	-Star Physical Th	*
		03/07/23	
SULMA AY	ALA	Fecha firm	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	SULMA AYALA		SSN:		XXX-XX9	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	AJO					
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	hacen	El pone	lia normal, rse en cuclil narse/que do	las:	horas hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arr	iba:		Horas Horas
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un  Horas  Horas  o se requiere que levante	Constant	El alcan El torcel Arrastre El subir El subir Usando Usando Empujal Jalando: Cargand	zar hacia fur: :: de la escale de la escale una comput el teléfono: ndo:	era: ones: era: tadora: adas:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
Mi trabajo in Movimiento rej Movimiento rej El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	ncluye petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A ment	udo	A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #	<i>‡</i>					
Nombre:	SULMA AYALA		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :				*7.	
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	n otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 03/07/23

PATIENT #

Nombre: SULMA AYALA 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

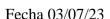
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	SULMA AYALA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VOLUNTAD PODRIA O N TRATAMIE TERAPISTA RECOMEND COMPREND MI TRATAM	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTO Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIONTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CONTISTICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXPO QUE EL SE COMUNICARA CON MICHIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O EDQ	MIENTO DE FIS CO Y QUE OBT MPRENDO QUE ERTIFICADO Y CPLICADAS A M MEDICO PARA IEN COMPRENI TORIZACION F	ENIENDO FISIOTERAPIA ES MI E SERE EVALUADO(A) POR UN QUE LA EVALUACION Y MI ANTES DEL TRATAMIENTO. A OBTENIR AUTORIZACION PARA DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
SI MENOR:			
El N	Firma: Fecha: Testigo(a): Nombre de la Persona tomando los datos:		





PATIENT #	:			
Nombre:	SULMA AYALA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDA	AD Pagina (1 de		
2)				

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.

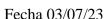
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	SULMA AYALA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	2		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para env	viarle
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	su condición médica. De nuestra	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la saluc	l 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 03/07/23

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