

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/23/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

SILVIA SOLANO

#### WESTSTAR SAN BERNARDINO

Nombre:	SILVIA SOLANO	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	1354 CORAL TREEE RAOD	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	COLTONCA92324	FDN:	04/23/1963		
Teléfono:	(951)545-0279	Edad:	59		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	12/04/2022	Post-cirugia:			
Tipo:	PI	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	KAMRAVA, EVISH	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	9025 WILSHIRE BLVD				
Ciudad, Zip:	BEVERLY HILLSCA90211				
Teléfono:	(909)966-2920	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 West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.  02/23/23					

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#					
Nombre:	SILVIA SOLANO		SSN:	XXX-	XX9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJ	Ο#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DE	L TRABAJO				
Durante un día	a típico de 8 horas, cuán	itas horas le hacen	En un di	a normal, Cuán	tas horas hace el o si	guiente
Sentarse:		loras	El poners	se en cuclillas:		Horas
Pararse:	Н	Ioras	El inclina	arse/que dobla:		Horas
Caminar:		Ioras	Arrodilla	miento:		Horas
Manejar:		Ioras	El alcanz	ar para arriba:		Horas
		.0146	El alcanz	ar hacia fuera:		Horas
	as trabaja en un		El torcer			Horas
Día Normal/Turno:	Н Н	foras	Arrastre:			Horas
Semana:	H	Ioras		de la escalones:		Horas
				de la escalera:		Horas
				ina computadora:		Horas
				el teléfono:		$\dashv$
						Horas
			Empujan	do:		Horas
			Jalando:		Horas	
			Cargando	o cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	jo se requiere que lev	ante Co	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos						
11 lbs a 25 lbs:				<del></del>	7	1
26 lbs a 50 lbs:				-	7	
51 lbs a 75 lbs:				-		
76 lbs a 100 lbs	s:					
más de 100 lbs:	:					
Mi trabajo ii	ncluye	Co	nstantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:					
	petidor de pies :			<del></del>		
El agarrar de la energía:						
Dirección de la	precisión:					
Equilibrio:						
	le la computadora/del cojíi	ı de tacto :				
	nizado para la eficacia:					
Computadora s	imultánea y teléfono:		] [			



# **Injury Informacion**

PATIENT #							
Nombre:	SILVIA SOLANO		SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O 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	Se tomaron rayos x?						
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?			
Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviendo tratamiento medico 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 02/23/23

PATIENT #

Nombre: SILVIA SOLANO 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

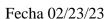
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	SILVIA SOLANO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CON FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CON DACION DE EL TERAPEUTA SERAN EN DO QUE EL SE COMUNICARA CON MENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMESENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OS ZODQ	AMIENTO I ICO Y QUI OMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO ( E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENT PARA OBTENIR AUTORIZACION I PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI CION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI JN TO. PARA BIR MAS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			_ _ _





PATIENT #					
Nombre:	SILVIA SOLANO	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.

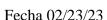
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	SILVIA SOLANO	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordatorios	torios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la bién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı 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 02/23/23

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