

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/29/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO

### WESTSTAR HOLLYWOOD

Nombre:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769		
Direccion:	845 W 55TH STREET APT 3	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90037	FDN:	08/04/1986		
Teléfono:	(213)550-8936	Edad:	36		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:	(323)252-2178				
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	11/25/2022	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	E REFIRIO AL PACIENTE ÓN				
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:		
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B				
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003				
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:			
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono:			
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :				
Nombre:		Direccion:			
Ciudad, Zip:		Teléfono :			
INFORMACIO	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.  06/29/23					

Fecha firmada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 06/29/23

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLA	TORO	SSN:		XXX-XX6	5769	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJO	)					
Durante un día	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha	cen				horas hace el o sig	
Sentarse:	Horas			rse en cuclill narse/que do			Horas
Pararse:	Horas			lamiento:	oia.		Horas
Caminar:	Horas			izar para arri	ha:		Horas
Manejar:	Horas			ızar hacia fue			Horas
Cuántas hora	as trabaja en un		El torce		oru.		Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una comput	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	:			Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	temente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:							
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs:							{
3.61. 1 1 1	1	G					
Mi trabajo ir	ncluye petidor de manos:	Constant	temente	A menu	ido	A veces	Nunca
	petidor de pies :						{ }
El agarrar de la		-					{
Dirección de la							{
Equilibrio:					$\overline{}$		
	e la computadora/del cojín de tacto:						
	nizado para la eficacia :						
Computadora s	imultánea y teléfono :						



## **Injury Informacion**

Fecha 06/29/23

PATIENT #	<i>‡</i>					
Nombre:	ANA RACHEL GAL	EAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	ACCIDENTE#				
Describa brev	remente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?			Yes	No
		ncia, se presento en alg	gún otro tipo o	de centro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pude	manejar el vehículo	después del a	ccidente?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte d	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesió	n			
	sta reciviendo tratam on, favor llenar lo sig	-				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/29/23

PATIENT #

Nombre:

ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO

SSN:

XXX-XX6769

## 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

Fecha 06/29/23

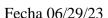
PATIENT #					
Nombre:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769		

#### FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

#### SI MENOR:

El





TD /	THE RESERVE	$\Gamma$ $\mu$

Nombre:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769

## 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.

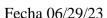
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
3)				
Los Recordarecordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	d 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 de er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nuestra	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	on de la saluc	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;

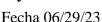
El derecho de enmendar o someterse correcciones a su información protegida de la asistencia médica;

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.





**PATIENT #** 

Nombre:

ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO SSN: XXX-XX6769

### **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



Fecha 06/29/23

PATIENT #	•			
Nombre:	ANA RACHEL GALEAS DE VILLATORO	SSN:	XXX-XX6769	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma: Fecha:			