

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/16/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214
Direccion:	944 W 78TH ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90044	FDN:	05/07/1970
Teléfono:	(323)458-9530	Edad:	53
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	08/17/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HIGASHI, RANDY	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90806		
Teléfono:	(562)977-7996	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#:	
Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		08/16/23	
MARIA DE	LEON LAZARO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#					
Nombre:	MARIA DE LEON LAZ	ZARO	SSN:	XXX-XX1214	4	
INFORMA	CION DEL TRABAJO)#				
Cargo:						
Descripción de	e las funciones:					
DETALLES	S ADICIONALES DEI	L TRABAJO				
Durante un dí Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuánta		En un dia norma El ponerse en cuc El inclinarse/que	lillas:	as hace el o sigu	Horas
Caminar: Manejar:		oras oras	Arrodillamiento: El alcanzar para a	_		Horas Horas
Día Normal/Turno: Semana:	jo se requiere que leva	oras	El alcanzar hacia El torcer: Arrastre: El subir de la esca El subir de la esca Usando una comp Usando el teléfon Empujando: Jalando: Cargando cosas p temente A me	alones: alera: butadora: o:	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
	: ncluye petidor de manos:	Constan	temente A me	enudo	A veces	Nunca
El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincro		de tacto :				



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA DE LEON LA	AZARO	SSN:	XXX-XX1214		
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #						
Describa biever	mente su accidente: :				Yes	No
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron ra	ayos x?					
Si fue un acci	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	cuerpo?			
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/16/23

PATIENT #

Nombre: MARIA DE LEON LAZARO SSN: XXX-XX1214

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

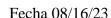




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENT COMPRENT MI TRATAL TRATAMIE	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA 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 EDQ	MIENTO DE CO Y QUE MPRENDO ERTIFICADA MEDICO I IEN COMPITORIZACI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UNDO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA AUTORIZACION PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA	MI N O. ARA BIR AS,
SI MENOR:	Firma: Fecha:			

Notice of Privacy Practices





TD	A	7	TA.Tr	$\Gamma \perp \mu$	

Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214

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.

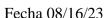
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214	
AVISO DE 3)	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	;		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	ada por nuestro personal para en	nviarle
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	a 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.



DA GETTENIGE 4

Notice of Privacy Practices

Fecha 08/16/23

PATIENT #					
Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214		

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



Notice of Privacy Practices

PATIENT #	t			
Nombre:	MARIA DE LEON LAZARO	SSN:	XXX-XX1214	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma: Fecha:			