

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/31/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

IRMA GARCIA

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre   RMA GARCIA   SSN   XXX-XX1915     Direccion   535 WEST L STREET   Sexo   F     Ciudad, Zip;   WILMINGTONCA90744   FIN   O1/16/1964     Filefono   (24/4)00-5053   Edad: 59     Telé trabajo   Email:   (424)224-8215     INFORMACION DEL PACIENTE #     Fecha::   08/14/2019   Post-cirugin   1     Tipo   WC   FDC:     DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE     Nombre   Raylian   Formation   Formation   Formation     Direccion   Raylian   Formation   Formation     Teléfono   (310)657-0942   Dx:     INFORMACIÓN DEL ABOGADO     Nombre   Direccion   Teléfono     INFORMACIÓN DE EMPLEO     Nombre   Direccion     Ciudad, Zip;   Teléfono     Direccion   Teléfono     Direccio	TACIENTE			
Ciudad, Zip:   WILMINGTONCA90744	Nombre:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915
Teléfono :   (424)200-5053	Direccion:	535 WEST L STREET	Sexo:	F
Telé celular: (424)224-8215  INFORMACION DEL PACIENTE #  Fechai: 08/14/2019   Post-cirugia: 1  Tipo: WC   FDC:    DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN  Nombre: GANJIANPOUR, MARK   Partes del cuerpo:    Direccion: 8631 W 3RD ST # 620E    Cludad, Zip: DANGELESCA90048   Direccion:    INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre:   Direccion:    Cludad, Zip: Teléfono:    INFORMACIÓN DE EMPLEO:    Nombre:   Direccion:    Cludad, Zip: Teléfono:    INFORMACIÓN DE EMPLEO:    Nombre:   Direccion:    Cludad, Zip: Teléfono:    INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA   INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA    Nombre:   Direccion:    INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA   INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA    Nombre:   Direccion:    Insolation   Direccion:    Adj/Ph#:    Insolation   Direccion:    Insolation   Direccion:    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 por los servicios prestados.	Ciudad, Zip:	WILMINGTONCA90744	FDN:	01/16/1964
Telé celular: (424)224-8215  INFORMACION DEL PACIENTE #  Fecha:: 08/14/2019	Teléfono:	(424)200-5053	Edad:	59
INFORMACION DEL PACIENTE #  Fecha:: 08/14/2019	Telé trabajo :		Email:	
Fechai: 08/14/2019 Post-cirugia: 1  Tipo: WC FDC:  DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN  Nombre: GANJIANPOUR, MARK Partes del cuerpo:  Ciudad, Zip: LOS ANGELESCA90048  Teléfono: (310)657-0942 Dx:  INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: Información De ASEGURANZA MEDICA  INFORMACIÓN DE EMPLEO: Información Personal y Asignación de Beneficios  Tipo: Ins Nombre: Ins Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Información para Proporcionar Información Personal y Asignación de Beneficios  Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la información pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza por los servicios prestados.	Telé celular:	(424)224-8215		
Tipo:   WC	INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN  Nombre: GANJIANFOUR, MARK Direccion: B831 W 3RD ST # 620E Ciudad, Zip: LOS ANGELESCA90048 Teléfono: (310)657-0942 Dx:  NFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: Teléfono: Teléfono: Teléfono: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: Ciudad, Zip: Telé	Fecha::	08/14/2019	Post-cirugia :	1
INFORMACIÓN  Nombre: GANJIANPOUR, MARK  Direccion: 8631 W 3RD ST # 620E  Ciudad, Zip: LOS ANGELESCA90048  Teléfono: (310)657-0942  Dx:  INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Teléfono:   Ciudad, Zip: Teléfono:   INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Teléfono:   Ciudad, Zip: Teléfono:   INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Direccion:   Ciudad, Zip: Teléfono:   INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre:   Direccion: Adj/Ph#: Adj/Ph#:   Tipo: Ins Nombre: Ins Nombre:   Ins Nombre: Ins Nombre:   Adj/Ph#: Adj/Ph#: Adj/Ph#:   Adj/Ph#: Adj/Ph#: Adj/Ph#:   Tipo: Ins Nombre: Ins Nombre:   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 por los servicios prestados.	Tipo:	WC	FDC:	
Direccion:   8631 W 3RD ST # 620E   Ciudad, Zip:   LOS ANGELESCA90048     Teléfono:   (310)657-0942   Dx:     INFORMACIÓN DEL ABOGADO				
Ciudad, Zip: LOS ANGELESCA90048  Teléfono: (310)657-0942  Dx:  INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Teléfono:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre: Direccion: Direccion: Adj/Ph#: Adj/Ph#: 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.	Nombre:	GANJIANPOUR, MARK	Partes del cuerpo	:
Teléfono: (310)657-0942 Dx:  INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: InFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre: Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono: InFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Tipo: Ins Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Adj	Direccion:	8631 W 3RD ST # 620E		
INFORMACIÓN DEL ABOGADO  Nombre: Direccion: Ciudad, Zip: Teléfono:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Teléfono:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre: Direccion: Adj/Ph#: Adj/Ph#: Adj/Ph#: Tipo: Tipo: Ins Nombre: 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.	Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048		
Nombre: Direccion: Teléfono:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre: Direccion: Teléfono:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Direccion: Direcci	Teléfono:	(310)657-0942	Dx:	
Ciudad, Zip:  INFORMACIÓN DE EMPLEO:  Nombre:  Ciudad, Zip:  Teléfono:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre:  Direccion:  Direccion:  Direccion:  Direccion:  Adj/Ph#:  Tipo:  Ins Nombre:  Ins Nombre:  Ins Nombre:  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.	INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
INFORMACIÓN DE EMPLEO :  Nombre : Direccion : Teléfono :  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre : Nombre : Nombre : Direccion :  Direccion : Direccion :  Adj/Ph#: Adj/Ph#:  Tipo : Tipo : Ins Nombre : Ins Nombre : 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.	Nombre:		Direccion:	
Nombre: Direccion: Teléfono:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre: Nombre: Nombre: Direccion:	Ciudad, Zip:		Teléfono :	
Ciudad, Zip:  INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre:  Nombre:  Direccion:  Direccion:  Direccion:  Adj/Ph#:  Tipo:  Ins Nombre:  Ins Nombre:  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.	INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA  Nombre:  Nombre:  Direccion:  Adj/Ph#:  Tipo:  Ins Nombre:  Ins Nombre:  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.	Nombre:		Direccion:	
Nombre:    Nombre:   Nombre:	Ciudad, Zip:		Teléfono :	
Direccion:  Adj/Ph#:  Adj/Ph#:  Tipo:  Ins Nombre:  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.	INFORMACI	ÓN DE ASEGURANZA MEDICA		ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Adj/Ph#:  Tipo:  Tipo:  Ins Nombre:  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.	Nombre:		Nombre:	
Tipo: Ins Nombre: Ins Nombre: 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.	Direccion:		Direccion:	
Ins Nombre :  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.	Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
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.	Tipo:		Tipo:	
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.	Ins Nombre:		Ins Nombre:	
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.	Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
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.	Authorizacion	n para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
	Yo authorizo a	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West	oporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

Nombre: IRMA GARCIA SSN: XXX-XX1915	
INFORMACION DEL TRABAJO #	
Cargo:	
Descripción de las funciones:	
DETALLES ADICIONALES DEL TRABAJO	
Durante un día típico de 8 horas, cuántas horas le hacen  Sentarse:  Horas  Horas  En un dia normal, Cuántas horas hace el o siguiente  El ponerse en cuclillas:  Horas  Horas  Horas	
1 draise.	
Caminar: Horas Arrodillamiento: Horas  Manejar: Horas El alcanzar para arriba: Horas	
Fl alcanzar bacia fuera: Horas	
Cuántas horas trabaja en un  El torcer:	
Día Normal/Turno: Horas Arrastre: Horas	
Semana: El subir de la escalones: Horas	
El subir de la escalera:	
Usando una computadora: Horas	
Usando el teléfono: Horas	
Empujando: Horas	
Jalando: Horas	
Cargando cosas pesadas: Horas	
En mi trabajo se requiere que levante Constantemente A menudo A veces N	Junca
10 lbs o menos:	
11 lbs a 25 lbs:	
26 lbs a 50 lbs: 51 lbs a 75 lbs:	
76 lbs a 100 lbs:	
más de 100 lbs:	
Mi trabajo incluye Constantemente A menudo A veces N	Vunca
Movimiento repetidor de manos:	
Movimiento repetidor de pies :	
El agarrar de la energía:	
Dirección de la precisión:	
Equilibrio: Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :	
Trabajo sincronizado para la eficacia:	
Computadora simultánea y teléfono :	



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	IRMA GARCIA		SSN:	XXX-XX1915		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	emente su accidente: :					
		2			Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a u	in cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



### INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/31/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre: IRMA GARCIA SSN: XXX-XX1915

#### 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

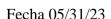
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FULA POR MI PROPIA
	O Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		. /
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. F		110 GOIMAIN	TEAM QUE IM CONDICION TICTURE
WILSOILE. 1 2			
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma		





PATIENT #				
Nombre:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915	
AVISO DE I	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.

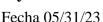
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915	
AVISO DE 1	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
<u> </u>				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utiliza	ada por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la saluc	l para los servicios sobredicho	os.

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:

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

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 05/31/23

PATIENT #				
Nombre:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915	

#### **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:	IRMA GARCIA	SSN:	XXX-XX1915	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:			
	Fecha:			
	Firma:			
	Fecha:			