

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/09/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	191 E 67TH STREET	Sexo:	
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	06/19/1965
Teléfono:	(323)272-9744	Edad:	58
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/31/2023	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HASSANIN, MOHAMED	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5220 CLARK AVE STE 200		
Ciudad, Zip:	LAKEWOODCA90712		
Teléfono:	(562)210-5141	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACIO 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	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	st-Star Physical Tl	_
		08/09/23	
SOCORRO	CRUZ LOPEZ	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX	9999 	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Constant					
Cargo:					
Descripción de	las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
		F.,	l:1 C	111	
	típico de 8 horas, cuántas horas le ha		lia normal, Cuántas rse en cuclillas:	noras nace ei o si	Horas
Sentarse:	Horas		narse/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		amiento:		Horas
Caminar:	Horas				Horas
Manejar:	Horas		zar para arriba: zar hacia fuera:		\rightarrow
Cuántas hora	as trabaja en un				Horas
Día N	Horas	El torce			Horas
Normal/Turno: Semana:	Horas	Arrastre			Horas
Semana.	Horas		de la escalones:		Horas
		El subir	de la escalera:		Horas
		Usando	una computadora:		Horas
		Usando	el teléfono:		Horas
		Empuja	ndo:		Horas
		Jalando:			Horas
		Cargano	lo cosas pesadas:		Horas
En mi trabajo	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos:					
11 lbs a 25 lbs:					
26 lbs a 50 lbs:					1
51 lbs a 75 lbs:					1
76 lbs a 100 lbs	:				
más de 100 lbs:					
Mi trabajo in	icluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
Movimiento rep	petidor de pies :				
El agarrar de la					
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	e la computadora/del cojín de tacto :				
	izado para la eficacia :				
Computadora si	multánea y teléfono:				



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	SOCORRO CRUZ	LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Г. 1		0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	lico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesić	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/09/23

PATIENT #

Nombre: SOCORRO CRUZ LOPEZ 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

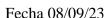
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	ŧ		
Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO, SOY D	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFI	CO QUE FUI A POR MI PROPIA
VOLUNTA	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA	MIENTO DE	FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO
PODRIA O	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI	CO Y QUE C	BTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI
	ENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		
	A FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI		
	IDACION de EL TERAPEUTA SERAN EX		
	DO QUE EL SE COMUNICARA CON MI		
	MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB		
	ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
		NO GUARA	NTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. I	FzDQ		
CT LEENIOD			
SI MENOR	o o		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





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

Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	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.

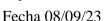
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de	e		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	e encontrar interesante en el tratamiento y la	a gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos, ella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi informació	n de la salud	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 08/09/23

PA	TI	IR.	NT	Γ#

Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	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 #	PATIENT #							
Nombre:	SOCORRO CRUZ LOPEZ	SSN:	XXX-XX9999					
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION							
	Paciente:							
	Firma:_ Fecha:_							
	Firma:							