

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	9329 ARTESIA BLVD	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	BELLFLOWERCA90706	FDN:	01/31/1976
Teléfono:	(562)964-3654	Edad:	47
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	09/28/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	HARONIAN, EDWIN	Partes del cuerp	0:
Direccion:	724 CORPORATE CENTER DRIVE		
Ciudad, Zip:	POMONACA91768		
Teléfono:	(909)622-6222	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direction:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	ZIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	IÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direccion:		Direction :	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre :	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Perso	— nal y Asignacion d	e Beneficios
Yo authorizo cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que W mi aseguranza por los servicios prestado	proporcione la inf est-Star Physical T	ormacion pertinente a este accidente en
		06/12/23	
MARIA DE	L CARMEN CORNEJO	Fecha fir	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#				
Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABAJ	0			
5 1/		En un d	lia normal, Cuántas	horas haca al o si	quiente
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le ha		rse en cuclillas:	noras nace er o si	Horas
			narse/que dobla:		Horas
Pararse:	Horas		amiento:		Horas
Caminar:	Horas		zar para arriba:		Horas
Manejar:	Horas		zar hacia fuera:		Horas
Cuántas hor	as trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno:	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas		de la escalones:		Horas
D 4111W11W1	113143				\rightarrow
			de la escalera:		Horas
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja	ndo:		Horas
		Jalando			Horas
		Cargano	lo cosas pesadas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:				
11 lbs a 25 lbs:					1
26 lbs a 50 lbs:					
51 lbs a 75 lbs:					
76 lbs a 100 lbs	2:				
más de 100 lbs:	:				
Mi trabajo ii	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:				
	petidor de pies :				
El agarrar de la					
Dirección de la	precisión:				
Equilibrio:					
	le la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	imultánea y teléfono:]		



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	MARIA DEL CARMI	EN CORNEJO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN () ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?				
Si no fue a u	in cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/12/23

PATIENT #

Nombre:

MARIA DEL CARMEN CORNEJO 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

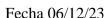




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI ENTO 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 ENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O	MIENTO CO Y QUI MPREND ERTIFICA KPLICADA MEDICO IEN COM TORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO TE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN ADO Y QUE LA EVALUACION Y	
SI MENOR:				

El Nombre de Padre O Guardian del Paciente:	
Relacion:	
Firma:	
Fecha:	
Testigo(a):	
Nombre de la Persona tomando los datos:	
Firma:	
Fecha:	





TD /	THE RESERVE	Γ μ

Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	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.

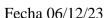
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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.





DATERIT #

FAIIENI †	†			
Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	le		
	atorios de la cita: Su información de la salos de cita.	ud será utiliz	ada por nuestro personal para env	riarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que der de interés a usted**	a gestión de	su condición médica. De nuestra l	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ón de la salu	d 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 06/12/23

DA	וידי	171	TI	` #

Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	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 #	<u> </u>			
Nombre:	MARIA DEL CARMEN CORNEJO	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
TRIVACI	ACKNOWLEDGINENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha:			