

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MARIA ESTRADA REYES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	10411 DALEROSE AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LENNOXCA90304	FDN:	09/29/1976
Teléfono:	(424)244-4626	Edad:	46
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	11/28/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE 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	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	n para Proporcionar Informacion Personal	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.	coporcione la info S-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/14/23	
MARIA EST	TRADA REYES	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C #						
Nombre:	MARIA ESTRADA REYES		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción d	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABA	JO					
Duganta un dé	la tímica da O hamas ayantas hamas la	haaan	En un c	dia normal	Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	ía típico de 8 horas, cuántas horas le Horas	nacen		rse en cuclil			Horas
Pararse:	Horas			narse/que do			Horas
	Horas			lamiento:			Horas
Caminar:				ızar para arr	iha:		Horas
Manejar:	Horas			nzar hacia fu			Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El torce		cru.		Horas
Día Normal/Turno	. Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas						\rightarrow
Scilialia.	Tiorus			de la escalo			Horas
				de la escale			Horas
				una compu			Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	:			Horas
			Cargano	do cosas pes	adas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	s:						
11 lbs a 25 lbs:	:		$\overline{}$				1
26 lbs a 50 lbs:	:		$\overline{}$				
51 lbs a 75 lbs:	:						
76 lbs a 100 lb							
más de 100 lbs	s:						
Mi trabajo i	ncluye	Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:						
Movimiento re	epetidor de pies :		$\overline{}$				\exists
El agarrar de la	a energía:	}	$\overline{}$		}		1
Dirección de la	a precisión:		$\overline{}$				
Equilibrio:			$\overline{}$				
	de la computadora/del cojín de tacto:		$\overline{}$				
	nizado para la eficacia:						
Computadora s	simultánea y teléfono:		$\overline{}$		$\overline{}$		



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	MARIA ESTRADA F	REYES	SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE # Describa brevemente su accidente: :							
					Yes	No	
Estuvo en la S	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	tro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del acciden	nte?			
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?				
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión					
Si todavía esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión, favor llenar lo siguiente?							
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/14/23

PATIENT #

Nombre: MARIA ESTRADA REYES 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

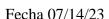
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	MARIA ESTRADA REYES	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST 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 I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





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

Nombre:	MARIA ESTRADA REYES	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.

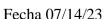
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MARIA ESTRADA REYES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	le		
3)				
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliza	ida por nuestro personal par	ca enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de de interés a usted**	a gestión de s	su condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la saluc	para los servicios sobredic	hos.

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 07/14/23

PATIENT #			
Nombre:	MARIA ESTRADA REYES	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 #				
Nombre:	MARIA ESTRADA REYES	SSN:	XXX-XX9999	
DDIWACV A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
PRIVACYA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			