

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/20/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	822 E 95TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90002	FDN:	01/02/1962
Teléfono:	(714)341-3891	Edad:	61
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/20/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	KOLPIN, EDWARD	Partes del cuerpo	:
Direccion:	2970 W OLYMPIC BLVD STE 206		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90004		
Teléfono:	(310)734-4819	Dx:	
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	ÓN 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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo a cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	oporcione la info	rmacion pertinente a este accidente en
		04/20/23	
MARIA DE .	JESUS JIMENEZ	Fecha firm	aada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	2	SSN:	X	XX-XX999	99	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#						
Cargo:							
Descripción de las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	BAJO					
Durante un dí Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas hora Horas Horas	s le hacen	El pone	lia normal, C rse en cuclillas narse/que dobl	s: (	ras hace el o si	guiente Horas Horas
Caminar: Manejar:	Horas			amiento: zar para arriba	a: (		Horas Horas
Cuántas hor Día Normal/Turno: Semana:	as trabaja en un  Horas  Horas  o se requiere que levante	Constant	El alcan El torcel Arrastre El subir El subir Usando Usando Empujal Jalando: Cargand	zar hacia fuerar: : de la escalore de la escalera una computad el teléfono: ndo:	a: ( es: ( dora: ( las: (	A veces	Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Nunca
Movimiento re El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menud		A veces	Nunca



# **Injury Informacion**

PATIENT #	#					
Nombre:	MARIA DE JESUS	JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Estuvo en 1	a Sala de Emergenci	a?			Yes	No
		ncia, se presento en algú	ín otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron			*			
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anter	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						$\overline{}$



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/20/23

PATIENT #

Nombre: MARIA DE JESUS JIMENEZ SSN: XXX-XX9999

### INFORMACIÓN DEL DOLOR #

Marque la localización del dolor en los esquemas del cuerpo usando los marcadores siguientes.

A = Doloresches

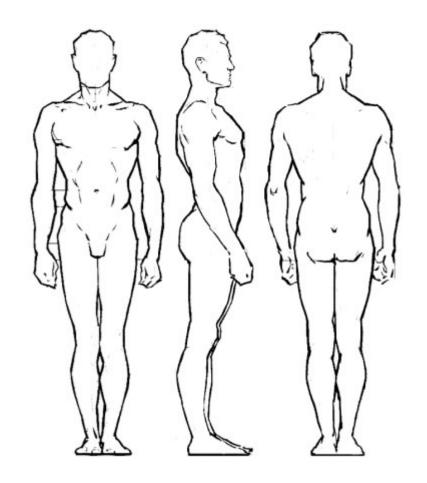
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

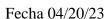
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEND Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA NO TENER REFERENCIA DE UN MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CEDACION DE EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OEZDQ	MIENTO DE CO Y QUE EMPRENDO ERTIFICADA EMEDICO I IEN COMPITORIZACIO	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIRION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS	RA
SI MENOR	:			
El	Relacion:			





TD A	TITLE TO	$\Gamma = II$
P/\		

Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	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.

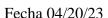
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #	<u> </u>		
Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utilizada	por nuestro personal para enviarle
usted puede nosotros tan		gestión de su o	e ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de datos, a sólo Occidental información relacionada
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud pa	ara 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 04/20/23

HON A PRINTED IN THE	
	$\alpha$

Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	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 #	f .			
Nombre:	MARIA DE JESUS JIMENEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente :			
	Firma:_ Fecha:_			
	Firma:_ Fecha:			