

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	14127 HOOVER STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	WESTMINSTERCA92683	FDN:	12/20/1967
Teléfono:	(714)722-9512	Edad:	55
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	01/15/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	PI	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	PATEL, PRANAY	Partes del cuerpo	:
Direccion:	23600 TELO AVE STE 180		
Ciudad, Zip:	TORRANCECA90505		
Teléfono:	(310)403-5778	Dx:	
INFORMACI	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	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
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		08/03/23	
MARIA DEI	L CARMEN LEMUS CORTEZ	Fecha firm	ada ——



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 08/03/23

PACIENTE	#						
Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CO	ORTEZ	SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	0					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas horas le h	acen				oras hace el o si	
Sentarse:	Horas			rse en cuclill			Horas
Pararse:	Horas		El inclir	narse/que dol	bla:		Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	lamiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	nzar para arri	ba:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		El alcan	nzar hacia fue	era:		Horas
Día	as trabaja on un		El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre):			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
			El subir	de la escale	ra:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja				Horas
			Jalando				\rightarrow
					1		Horas
			Cargano	do cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constan	temente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
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	:						J
Mi trabajo in	ncluye	Constan	temente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
Movimiento re	petidor de pies :		$\overline{}$		\longrightarrow		7
El agarrar de la	energía:		$\overline{}$		}		1
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:							
	le la computadora/del cojín de tacto :						
	nizado para la eficacia :						
Computadora s	simultánea y teléfono:						



Injury Informacion

Fecha 08/03/23

PATIENT #	<i>‡</i>					
Nombre:	MARIA DEL CARMI	EN LEMUS CORTEZ	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?				
Si no fue a	un cuarto de emerger	icia, se presento en alg	gún otro tipo de	centro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo	manejar el vehículo	después del acci	dente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte d	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesió	n			
Si todavía e	sta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/03/23

PATIENT #

Nombre:

MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ

SSN:

XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

A = Doloresches

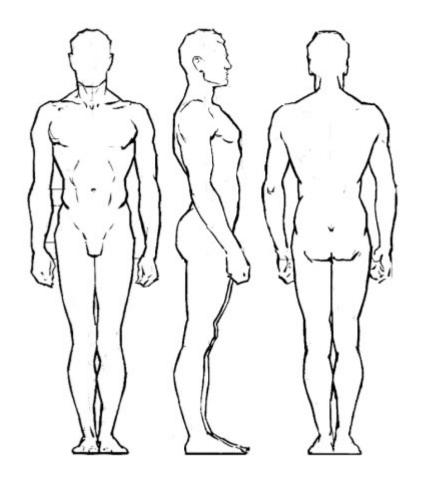
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 08/03/23

PATIENT #			
Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	SSN:	XXX-XX9999

FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

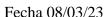
YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN TERAPISTA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CERTIFICADO Y QUE LA EVALUACION Y RECOMENDACION de EL TERAPEUTA SERAN EXPLICADAS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. COMPRENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MI MEDICO PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA MI TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUTORIZACION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS, COMPRENDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O NO GUARANTIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL MEJORE. FZDQ

SI MENOR:

El

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

Notice of Privacy Practices





TD A	וחו		T T T	гΨ
		I IH	100	

Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	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.

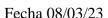
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

Notice of Privacy Practices





PATIENT #	#			
Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamiento y la	gestión de	uede ser utilizada para enviarle información que e su condición médica. De nuestra base de datos, trella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salu	ud 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.

WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

Notice of Privacy Practices

Fecha 08/03/23

PA	TI	EN	IT	#

Nombre:	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	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



Notice of Privacy Practices

Fecha 08/03/23

PATIENT #				
Nombre :	MARIA DEL CARMEN LEMUS CORTEZ	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Designate			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:			
	_			
	Firma:			
	Fecha			