

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/15/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

### WESTSTAR BALDWIN PARK

Nombre:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	18320 CAMINO BELLO	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ROWLAND HEIGHTSCA91748	FDN:	06/04/1970
Teléfono:	(626)610-8387	Edad:	52
Telé trabajo :		_   Email:	
Telé celular:		1	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	02/05/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AUN, BRYAN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	902 NORTH GRAND AVE STE 100A		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92701		
Teléfono:	(714)276-2300	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	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	t-Star Physical Th	_
		05/15/23	
GUILLERM	IINA PLASCENSIA ALONSO	Fecha firm	nada



## INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 05/15/23

PACIENTE	C #						
Nombre:	GUILLERMINA	PLASCENSIA ALONS	SO S	SSN:	XXX-	XX9999	
INFORMA	CION DEL TRAI	BAJO#					
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES	S DEL TRABAJO					
Durante un dí	ía típico de 8 horas,	cuántas horas le hacer				tas horas hace el o	
Sentarse:		Horas			e en cuclillas:		Horas
Pararse:		Horas			rse/que dobla:		Horas
Caminar:		Horas		Arrodillaı	niento:		Horas
Manejar:		Horas	]	El alcanza	ar para arriba:		Horas
Cuántas hor	ras trabaja en un		]	El alcanza	ar hacia fuera:		Horas
Día	,		]	El torcer:			Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre:			Horas
Semana:		Horas	]	El subir d	e la escalones:		Horas
			]	El subir d	e la escalera:		Horas
			1	Usando u	na computadora:	:	Horas
			1	Usando el	l teléfono:		Horas
			]	Empujano	do:		Horas
				Jalando:			Horas
			(	Cargando	cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que	e levante	Constanteme	ente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos		ſ					
11 lbs a 25 lbs:	:		÷	$\longrightarrow$		<b></b>	$\dashv$
26 lbs a 50 lbs:	:		·	$\longrightarrow$		$\exists$	$\exists$
51 lbs a 75 lbs:	:		-	$\overline{}$		7	$\exists$
76 lbs a 100 lb		ĺ					
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo i	ncluye		Constanteme	ente	A menudo	A veces	Nunca
_	petidor de manos:	ſ					
	epetidor de pies :		-	$\longrightarrow$		<b></b>	$\dashv$
El agarrar de la	a energía:		<del></del>	$\longrightarrow$		$\exists$	$\exists$
Dirección de la	a precisión:		>	$\overline{}$		7	$\dashv$
Equilibrio:		Ì					
	de la computadora/del	-					
	nizado para la eficaci	Į.					
Computadora s	simultánea y teléfono	: (		) [		] [	



## **Injury Informacion**

Fecha 05/15/23

PATIENT #	ŧ					
Nombre:	GUILLERMINA PLASCE	ENSIA ALONSO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN O A	CCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :					
Estuvo en la	a Sala de Emergencia?				Yes	No
	un cuarto de emergencia	, se presento en algi	ún otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pudo ma	anejar el vehículo d	espués del accide	ente?		
Ha tenido al	lgun accidente anterior e	n la misma parte de	el cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento medico	por la misma lesión	1			
Si todavía e	sta reciviendo tratamien	to medico por la				
misma lesió	on, favor llenar lo siguier	ite?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono		·				



## INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/15/23

PATIENT #

Nombre: GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO

SSN:

XXX-XX9999

## INFORMACIÓN DEL DOLOR #

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

A = Doloresches

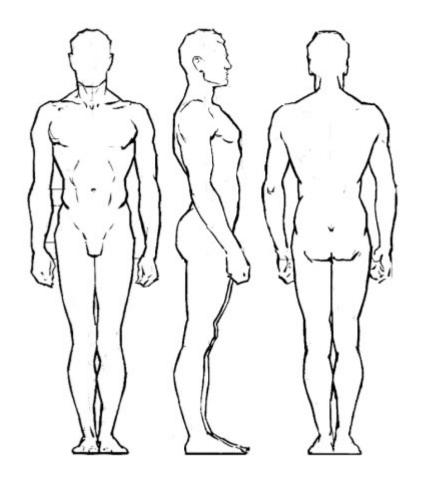
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





#### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 05/15/23

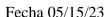
PATIENT #			
Nombre:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	SSN:	XXX-XX9999

#### 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





TD /	THE RESERVE	$\Gamma$ $\mu$

Nombre:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	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.

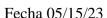
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 d	e		
3)				
Los Recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	da por nuestro personal para	a enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que o er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nue	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	on de la salud	para los servicios sobredich	10S.

Los Derechos individuales: Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de intimidad. Estos incluyen:

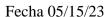
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





	PA	T	IEN	IT	#
--	----	---	-----	----	---

Nombre:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	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



Fecha 05/15/23

PATIENT #	ł .			
Nombre:	GUILLERMINA PLASCENSIA ALONSO	SSN:	XXX-XX9999	
DDIVACV	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
- TRIVACI A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			