

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/12/23

INFORMACION DEL PACIENTE

MAURA SORIANO

WESTSTAR WEST LOS ANGELES

Nombre:	MAURA SORIANO	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	2924 1/2 FARMDALE AVE	Sexo:	F		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	06/21/1971		
Teléfono:	(310)429-8595	Edad:	51		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #				
Fecha::	04/15/2022	Post-cirugia :			
Tipo:	WC	FDC:			
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	WANG, ANGELA	Partes del cuerpo	:		
Direccion:					
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801				
Teléfono:	(714)991-3333	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 para Proporcionar Informacion Personal y Asignacion de Beneficios					
Yo authorizo a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. 06/12/23					
		00/12/23			

Fecha firmada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	MAURA SORIANO		SSN:		XXX-XX9	999		
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #							
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRABA	JO						
Sentarse: Pararse: Caminar: Manejar:	Horas Horas	hacen	El poner El inclir Arrodill El alcan El alcan El torcer Arrastre	rse en cuclill narse/que do amiento: zar para arri zar hacia fue r:	las: bla: ba: era:	noras hace el o si	guiente Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas	
			Usando Usando Empujar Jalando:		adora:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas Horas	
En mi trabaj 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	3:	Constant	emente	A menu		A veces	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 menu	ido (A veces	Nunca	



Injury Informacion

PATIENT #	<i>‡</i>					
Nombre:	MAURA SORIANO		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (ACCIDENTE #				
Describa brev	remente su accidente: :				W.7.	
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	?			Yes	No
		 ncia, se presento en algú	n otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	cidente de auto, pude	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	lgun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivie	ndo tratamiento med	ico por la misma lesión				
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 06/12/23

PATIENT #

Nombre: MAURA SORIANO 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

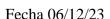
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	MAURA SORIANO	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 MEDENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION DE EL TERAPEUTA SERAN ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMESENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFZDQ	AMIENTO I ICO Y QUE OMPRENDO ERTIFICA XPLICADA I MEDICO BIEN COMI JTORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION F PRENDO QUE YO NO PUEDO RECI CION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI O. PARA BIR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			- - - -





PATIENT #					
Nombre:	MAURA SORIANO	SSN:	XXX-XX9999		
Nombre.	MAURA SORIANO	55IN:	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.

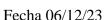
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	MAURA SORIANO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	a (2 de		
Los Recorda recordatorio		a salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamient	to y la gestión de s	de ser utilizada para enviarle informac u condición médica. De nuestra base d ella sólo Occidental información relacio	le datos,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación de la salud	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

PATIENT#					
Nombre:	MAURA SORIANO	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:	MAURA SORIANO	SSN:	XXX-XX9999	
		·		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	N .		
	Paciente	:		
	Firma			
	Fecha	ı:		
	Firma	a:		
	Fecha	n·		