

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/20/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1438 WEST 67TH STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90047	FDN:	04/22/1961
Teléfono:	(213)590-5121	Edad:	62
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	03/31/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	5801 S FIGUEROA STREET STE B		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90003		
Teléfono:	(323)435-4523	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 Persona	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	coporcione la info -Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/20/23	
NORMA M	UNOZ AGUIRRE	Fecha firm	nada ———



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	2.#				
Nombre:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	SSN:	XXX-XX	9999	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #				
Cargo:					
Descripción de	e las funciones:				
DETALLES	S ADICIONALES DEL TRABAJ	10			
Duranto un di	ía típico de 8 horas, cuántas horas le h	En un c	lia normal, Cuántas	horas hace el o s	iguiente
Sentarse:	Horas		rse en cuclillas:		Horas
Pararse:	Horas	El inclir	narse/que dobla:		Horas
Caminar:	Horas	Arrodill	amiento:		Horas
Manejar:	Horas	El alcan	zar para arriba:		Horas
			zar hacia fuera:		Horas
	ras trabaja en un	El torce			Horas
Día Normal/Turno	Horas	Arrastre			Horas
Semana:	Horas		de la escalones:		Horas
			de la escalories.		Horas
					$\rightarrow$
			una computadora:		Horas
			el teléfono:		Horas
		Empuja			Horas
		Jalando			Horas
		Cargano	lo cosas pesadas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levante	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
10 lbs o menos	y:				
11 lbs a 25 lbs:	:				1
26 lbs a 50 lbs:	:				7
51 lbs a 75 lbs:	:				7
76 lbs a 100 lb	s:				
más de 100 lbs	:				
Mi trabajo i	ncluye	Constantemente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento re	epetidor de manos:				
Movimiento re	epetidor de pies :				$\exists$
El agarrar de la	a energía:				7
Dirección de la	a precisión:				7
Equilibrio:					1
	de la computadora/del cojín de tacto:				
	nizado para la eficacia :				
Computadora s	simultánea y teléfono:				



# **Injury Informacion**

PATIENT 7	#					
Nombre:	NORMA MUNOZ A	GUIRRE	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Γ. 1		0			Yes	No
Estuvo en I	a Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de ce	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	ente?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	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 lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						$\overline{}$



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/20/23

PATIENT #

Nombre: NORMA MUNOZ AGUIRRE 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

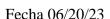
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPISTA 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 XPLICADA MEDICO IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y	A
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			





TO A	TIES.	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	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.

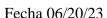
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	SSN:	XX	X-XX9999
AVISO DE	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Paga (2 d	le		
Los Recorda	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ud será utiliz	zada por nu	estro personal para 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	su condicio	ón médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	ón de la salu	ıd para los s	ervicios 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 06/20/23

PATIENT #		

Nombre: NORMA MUNOZ AGUIRRE 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 #	<u> </u>			
Nombre:	NORMA MUNOZ AGUIRRE	SSN:	XXX-XX9999	
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente : Firma:			
	Fecha:_			
	Firma:			