

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/07/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

| Nombre: | FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO | SSN: | XXX-XX9999 |
|-------------------|--|----------------------|-----------------------------|
| Direccion: | 7210 MARCELLE STREET | Sexo: | F |
| Ciudad, Zip: | PARAMOUNTCA90723 | FDN: | 02/18/1978 |
| Teléfono: | (323)816-8149 | Edad: | 45 |
| Telé trabajo : | | Email: | |
| Telé celular: | | | |
| INFORMAC | ION DEL PACIENTE # | | |
| Fecha:: | 12/01/2022 | Post-cirugia : | |
| Tipo: | WC | FDC: | |
| DOCTOR QUINFORMAC | UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN | | |
| Nombre: | HASSANIN, MOHAMED | Partes del cuerpo | : |
| Direccion: | 5220 CLARK AVE STE 200 | | |
| Ciudad, Zip: | LAKEWOODCA90712 | | |
| Teléfono: | (562)210-5141 | 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 Personal | 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. | _ | _ |
| | | 08/07/23 | |
| FRANCISC | A ESTHER ALPIZAR TORNERO | Fecha firm | nada |



INFORMACION DEL TRABAJO

Fecha 08/07/23

| PACIENTE | # | | | | | | |
|-------------------|---|------------|-----------|--------------|-------------|-------------------|---------|
| Nombre: | FRANCISCA ESTHER ALPIZ | AR TORNERO | SSN: | | XXX-XX9 | 999 | |
| INFORMAC | TION DEL TRABAJO# | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | | |
| Cargo. | | | | | | | |
| Descripción de | las funciones: | | | | | | |
| | | | | | | | |
| DETALLES | ADICIONALES DEL TRAI | BAJO | | | | | |
| Durante un día | típico de 8 horas, cuántas horas | le hacen | En un d | lia normal | , Cuántas h | oras hace el o si | guiente |
| Sentarse: | Horas | | El ponei | rse en cucli | illas: | | Horas |
| Pararse: | Horas | | El inclin | narse/que d | obla: | | Horas |
| Caminar: | Horas | | Arrodill | amiento: | | | Horas |
| Manejar: | Horas | | El alcan | zar para ar | riba: | | Horas |
| | as trabaja en un | | El alcan | zar hacia fi | uera: | | Horas |
| Día | is trabaja cir un | | El torce | r: | | | Horas |
| Normal/Turno: | Horas | | Arrastre | : | | | Horas |
| Semana: | Horas | | El subir | de la escal | ones: | | Horas |
| | | | El subir | de la escal | era: | | Horas |
| | | | Usando | una compu | ıtadora: | | Horas |
| | | | | el teléfono | | | Horas |
| | | | Empuja | ndo: | | | Horas |
| | | | Jalando: | | | | Horas |
| | | | Cargand | lo cosas pe | sadas: | | Horas |
| En mi trabajo | o se requiere que levante | Constante | emente | A mer | nudo | A veces | Nunca |
| 10 lbs o menos: | | | | | | | |
| 11 lbs a 25 lbs: | | | | | | - | 1 |
| 26 lbs a 50 lbs: | | | | | | - | |
| 51 lbs a 75 lbs: | | | | | | | |
| 76 lbs a 100 lbs: | | | | | | | |
| más de 100 lbs: | | | | | | | |
| Mi trabajo in | cluye | Constante | emente | A mer | nudo | A veces | Nunca |
| | etidor de manos: | | | | | | |
| Movimiento rep | _ | | | | | | |
| El agarrar de la | | | | | | | |
| Dirección de la | precisión: | | | | | | |
| Equilibrio: | 1 /1 /1 /2 / . | | | | [| · | |
| | e la computadora/del cojín de tacto | : | | | [| | |
| | izado para la eficacia : multánea y teléfono : | | | | | | -{ |
| Computadora SI | mananca y wiciono. | I | | | | | |



Injury Informacion

Fecha 08/07/23

| PATIENT # | | | | | | |
|----------------|------------------------|--------------------------|--------------------|--------------|-----|----|
| Nombre: | FRANCISCA ESTH | ER ALPIZAR TORNERO | SSN: | XXX-XX9999 | | |
| INFORMAC | IÓN DE LESIÓN (| ACCIDENTE# | | | | |
| Describa breve | mente su accidente: : | | | | | |
| | | | | | Yes | No |
| Estuvo en la | Sala de Emergencia | ? | | | | |
| Si no fue a un | n cuarto de emerger | cia, se presento en algú | n otro tipo de cer | ntro médico? | | |
| Se tomaron r | ayos x? | | | | | |
| Si fue un acc | idente de auto, pudo | manejar el vehículo de | espués del accide | nte? | | |
| Ha tenido alg | gun accidente anteri | or en la misma parte del | cuerpo? | | | |
| Esta recivien | do tratamiento med | ico por la misma lesión | | | | |
| | | | | | | |
| Si todavía es | ta reciviendo tratam | iento medico por la | | | | |
| misma lesión | , favor llenar lo sign | uiente? | | | | |
| Nombre: | | | | | | |
| Direccion: | | | | | | |
| Ciudad, Zip: | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | |



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 08/07/23

PATIENT #

Nombre:

FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO

SSN:

XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

A = Doloresches

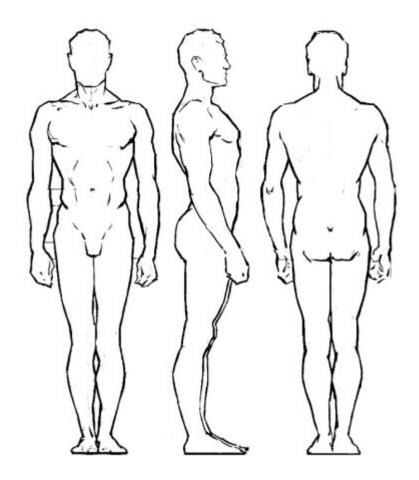
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 08/07/23

| PATIENT # | | | | | |
|-----------|----------------------------------|------|------------|--|--|
| Nombre: | FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO | SSN: | XXX-XX9999 | | |

FORMA DE RENUNCIA DE TRATAMIENTO

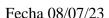
YO, SOY DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE FUI A POR MI PROPIA VOLUNTAD Y LA DECISION DE RECIBIR TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE YO PODRIA O NO TENER REFERENCIA DE UN MEDICO Y QUE OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI TRATAMIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COMPRENDO QUE SERE EVALUADO(A) 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





| | r H |
|--|-----|
| | |

| Nombre: | FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO | 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.

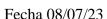
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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 : | FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO | SSN: | XXX-XX9999 | |
|-----------------------------|--|---------------|---|----------|
| AVISO DE | PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de | 2 | | |
| 3) | | | | |
| Los Record recordatorio | atorios de la cita: Su información de la salu os de cita. | d será utiliz | ada por nuestro personal para enviarle | |
| usted puede nosotros tar | ción sobre Tratamientos: Su información de e encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted** | gestión de | su condición médica. De nuestra base de | e datos, |
| | Por Favor no utiliza mi informació | n de la salu | d 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.

Notice of Privacy Practices Fecha 08/07/23



PATIENT #

Nombre:

FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO

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 08/07/23

| PATIENT # | | | | |
|-----------|----------------------------------|------|------------|--|
| Nombre: | FRANCISCA ESTHER ALPIZAR TORNERO | SSN: | XXX-XX9999 | |
| | | | | |
| PRIVACY A | CKNOWLEDGMENT INFORMATION | | | |
| | | | | |
| | Paciente: | | | |
| | Firma: | | | |
| | Fecha: | | | |
| | | | | |
| | Firma: | | | |
| | Fecha: | | | |