

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 02/21/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	ALBERTINA TORRES	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	45553 ROAD ST	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90805	FDN:	03/16/1982
Teléfono:	(949)662-9859	Edad:	40
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	05/26/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	AHMED, KHALID	Partes del cuerpo	:
Direccion:	14350 E. WHITTIER BLVD., #102		
Ciudad, Zip:	WHITTIERCA90605		
Teléfono:	(562)698-0025	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 Persona	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.	-Star Physical Th	_
			02/21/23
ALBERTINA	A TORRES		Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #								
Nombre:	ALBERTINA TORRES		SSN:	XXX	-XX9999			
INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:								
Descripción de	las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	BAJO						
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas Horas	s le hacen	El poner	ia normal, Cuár se en cuclillas: arse/que dobla:	ntas horas hace el o	Horas		
Caminar: Manejar:	Horas		Arrodilla El alcana	amiento: zar para arriba:		Horas Horas		
Cuántas hora Día Normal/Turno: Semana:	Horas  o se requiere que levante	Constant	El torcer Arrastre El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	: de la escalones: de la escalera: una computadora el teléfono: ndo:	A veces	Horas Nunca		
51 lbs a 75 lbs: 76 lbs a 100 lbs: más de 100 lbs:								
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincron	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca		



# **Injury Informacion**

PATIENT #								
Nombre:	ALBERTINA TORRI	ES	SSN:	XXX-XX9999				
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #								
Describa breve	mente su accidente: :							
					Yes	No		
Estuvo en la	Sala de Emergencia	?						
Si no fue a un	n cuarto de emerger	acia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?				
Se tomaron ra	ayos x?							
Si fue un acc	idente de auto, pudo	manejar el vehículo de	espués del accide	nte?				
Ha tenido alg	Ha tenido algun accidente anterior en la misma parte del cuerpo?							
Esta reciviene	Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión							
Si todavía est	ta reciviendo tratam	iento medico por la						
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?						
Nombre:								
Direccion:								
Ciudad, Zip:								
Teléfono								



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 02/21/23

PATIENT #

Nombre: ALBERTINA TORRES 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

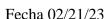
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	ALBERTINA TORRES	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	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 MEDIENTO DE ELECCION. YO TAMBIEN COA FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CODACION de EL TERAPEUTA SERAN EXDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OFIZIO	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF TORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI DO QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y LA SA MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PAR PRENDO QUE YO NO PUEDO RECIBIR ION FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,	A
SI MENOR				
El	Firma: Fecha:			





PATIENT #						
Nombre:	ALBERTINA TORRES	SSN:	XXX-XX9999			
AVISO DE I	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	le				

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.

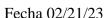
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ALBERTINA TORRES	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	(2 de		
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	salud será utiliza	ada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamiento	y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información que su condición médica. De nuestra base de datos rella sólo Occidental información relacionada	
	Por Favor no utiliza mi inform	ación de la salud	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.



Fecha 02/21/23

PATIENT #					
Nombre:	ALBERTINA TORRES	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

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:	ALBERTINA TORRES	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:					
	Fecha:					
	Firma:					
	Fecha:					