

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 08/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	ALICIA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
Direccion:	6611 HIGHLAND AVE	Sexo:	F	
Ciudad, Zip:	BUENA PARKCA90621	FDN:	06/26/1972	
Teléfono:	(714)470-7061	Edad:	51	
Telé trabajo :		Email:		
Telé celular:				
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#			
Fecha::	04/24/2023	Post-cirugia :		
Tipo:	PI	FDC:		
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN			
Nombre:	MILLER, LAWRENCE ROSS	Partes del cuerpo	:	
Direccion:				
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA			
Teléfono:	(714)953-6000	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	
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_	
		08/14/23		
ALICIA GA	RCIA	Fecha firmada		



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	ALICIA GARCIA		SSN:		XXX-XX99	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas ho	ras le hacen		lia normal, (		oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob			Horas
Caminar:	Horas		Arrodill	amiento:			Horas
Manejar:	Horas		El alcan	zar para arril	ba:		Horas
	as trabaja en un		El alcan	zar hacia fue	era:		Horas
Día			El torce	r:			Horas
Normal/Turno:	Horas		Arrastre	»:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalor	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	a:		Horas
			Usando	una computa	adora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando:			Horas	
			Cargano	lo cosas pesa	ıdas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	. Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
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					}		{
mas de 100 ios	•						
Mi trabajo in		Constant	emente	A menu	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :				[		] []
El agarrar de la energía:  Dirección de la precisión:		<u></u>					{
Equilibrio:	precision.	}			{ }		{
	e la computadora/del cojín de tac	eto:			$\longrightarrow$		{
	nizado para la eficacia :				$\longrightarrow$		{
Computadora simultánea y teléfono :			$\overline{}$		$\longrightarrow$		



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	ALICIA GARCIA		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	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	ayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico 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 08/14/23

P.	Δ'	Ti	Œ	N	Т	#

Nombre: ALICIA GARCIA 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

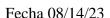
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #			
Nombre:	ALICIA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
YO. SOY DI	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIFICO	OUE FUI A POR MI PROPIA
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	NO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO 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		
	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU		
	DO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		
MEJORE. Fz		110 00/110/111	ILIM QUL WI CONDICION METUNE
WILJOKE, 12	EDQ		
SI MENOR:			
El l	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		
	Firma:		





PATIENT #				
Nombre:	ALICIA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pagina (1 o	le		

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.

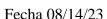
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ALICIA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	l será utiliza	nda por nuestro personal para	enviarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la abién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nues	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	ı de la salud	para los servicios sobrediche	os.

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:

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

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 08/14/23

PATIENT#						
Nombre:	ALICIA GARCIA	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 #	PATIENT #						
Nombre:	ALICIA GARCIA	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION	1					
	Paciente						
	Firma						
	Fecha	ı:					
	Firma	ι:					
	Fecha	ι:					