

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

Nombre:	DOMINGA GARCIA OTERO	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1027 E 11TH STREET APT B	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LONG BEACHCA90813	FDN:	03/29/1987
Teléfono:	(562)367-1242	Edad:	36
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:	(562)313-4539	ĺ	
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #	-	
Fecha::	03/23/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QUINFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	TABIBIAN, SAM B.	Partes del cuerpo	:
Direccion:	4849 VAN NUYS BLVD., SUITE 205		
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA91403		
Teléfono:	(818)905-3355	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#:	
Authorizacio	n para Proporcionar Informacion Persona	l y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que pa guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	t-Star Physical Th	_
		05/22/23	
DOMINGA	GARCIA OTERO	Fecha firm	nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	DOMINGA GARCIA C)TERO	SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO)#					
Cargo:							
Cargo.							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEI	L TRABAJO					
Duranta un día	a típico de 8 horas, cuánta	os horas la hacan	En un d	lia normal.	Cuántas h	oras hace el o si	guiente
Sentarse:	Ho			rse en cuclill			Horas
Pararse:		oras	El inclin	narse/que do	bla:		Horas
Caminar:		oras	Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:		oras	El alcana	zar para arri	ba:		Horas
		ias		zar hacia fu			Horas
	as trabaja en un		El torcer	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Но	ras	Arrastre:				Horas
Semana:	Ho	oras		de la escalo	nes.		Horas
				de la escale			Horas
				una comput			Horas
				el teléfono:	adora.		Horas
							\exists
			Empujar				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargand	lo cosas pesa	adas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que leva	nte Consta	intemente	A menu	ıdo	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:		}			\longrightarrow		
Mi trabajo ir	ncluye	Consta	intemente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento rep	petidor de manos:						
Movimiento rep	petidor de pies :				\longrightarrow		1
El agarrar de la energía:							
Dirección de la precisión:							
Equilibrio:							
	e la computadora/del cojín	de tacto :					
	nizado para la eficacia:] [
Computadora si	imultánea y teléfono:]) (



Injury Informacion

PATIENT #	#					
Nombre:	DOMINGA GARCIA	OTERO	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMA	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa brev	vemente su accidente: :					
Esture on 1	o Colo do Emanas	.0			Yes	No
Estuvo en la	a Sala de Emergencia	1.				
Si no fue a	un cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un ac	ccidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido a	lgun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivie	endo tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía e	esta reciviendo tratam	niento medico por la				
misma lesió	ón, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/22/23

PATIENT #

Nombre: DOMINGA GARCIA OTERO SSN: XXX-XX9999

INFORMACIÓN DEL DOLOR

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

A = Doloresches

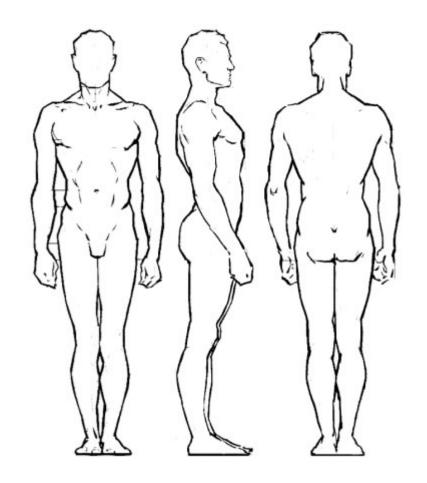
B = Arder

N = Entumecimiento

P = Fija el & Agujas

S = Punalada

0 = Otro

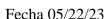




FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	<u> </u>		
Nombre:	DOMINGA GARCIA OTERO	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
	DE LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN		
	D Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	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	NO GUARAN	TIZAR QUE MI CONDICION ACTUAL
MEJORE. F	FzDQ		
SI MENOR	_		
SI MENUK	•		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		

Notice of Privacy Practices





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

Nombre:	DOMINGA GARCIA OTERO	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.

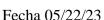
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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 #	ŧ			
Nombre:	DOMINGA GARCIA OTERO	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Pa	aga (2 de		
Los Record		la salud será utiliz	zada por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	encontrar interesante en el tratamie	ento y la gestión de	uede ser utilizada para enviarle información o e su condición médica. De nuestra base de dat trella sólo Occidental información relacionada	os,
	Por Favor no utiliza mi info	ormación de la salu	ud 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.

WestStar PHYSICAL THERAPY NETWORK

Notice of Privacy Practices

Fecha 05/22/23

PATIEN	NT #			
			\	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Page (3 of 3)

DOMINGA GARCIA OTERO

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.

SSN:

XXX-XX9999

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

Nombre:

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

PATIENT #							
Nombre:	DOMINGA GARCIA OTERO	SSN:	XXX-XX9999				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente:						
	Firma:_ Fecha:_						
	Firma:_ Fecha:						