

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/27/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

INGRID MAYEN

WESTSTAR RIVERSIDE

TACIENTE			
Nombre:	INGRID MAYEN	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	4901 GREEN RIVER ROAD SPC	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	CORONACA92878	FDN:	10/20/1979
Teléfono:	(951)220-9482	Edad:	43
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	07/29/2021	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	BORDEN, PETER	Partes del cuerpo	:
Direccion:	23456 HAWTHORNE BLVD STE #200		
Ciudad, Zip:	TORRANCECA90505		
Teléfono:	(310)375-8700	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	ÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA
Nombre:		Nombre:	
Direccion:		Direccion:	
Adj/Ph#:		Adj/Ph#:	
Tipo:		Tipo:	
Ins Nombre:		Ins Nombre:	
Pol#/Clm#:		Pol#/Clm#:	
Authorizaci	nava Duanavaianav Informacian Dazzara	w Agignagian de	Ranaficias
	n para Proporcionar Informacion Personal a West-Star Physical Therapy para que pr	•	
cuanto la aseg	a west-star Fnysicai Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	_	_
		07/27/23	
		01121123	

Fecha firmada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

Fecha 07/27/23

<b>PACIENTE</b>	#					
Nombre:	INGRID MAYEN		SSN:	XXX-XXS	9999	
INFORMAC	CION DEL TRABAJO#					
Cargo:						
Descripción de	Descripción de las funciones:					
DETALLES	ADICIONALES DEL TR	ABAJO				
Durante un día Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas	ras le hacen	El poners	a normal, Cuántas le en cuclillas:	horas hace el o sig	guiente Horas Horas
Caminar:	Horas		Arrodillar El alcanza	miento: ar para arriba:		Horas Horas
Manejar: Horas  Cuántas horas trabaja en un  Día Normal/Turno: Horas  Semana: Horas		El alcanzar hacia fuera: El torcer: Arrastre: El subir de la escalones:			Horas Horas Horas Horas	
			Usando u Usando e Empujand Jalando:	e la escalera: na computadora: l teléfono: do: cosas pesadas:		Horas Horas Horas Horas Horas Horas
En mi trabaj 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:	3:	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant to:	emente	A menudo	A veces	Nunca



## **Injury Informacion**

Fecha 07/27/23

PATIENT #						
Nombre:	INGRID MAYEN		SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	) ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	1?				
Si no fue a u	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	ridente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivien	do tratamiento med	ico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratam	iento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



### INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/27/23

D/	١٦	T	IF	M	T	#
F /-	-A I		шп.	1.0		++

Nombre: INGRID MAYEN 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



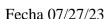


### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

Fecha 07/27/23

PATIENT #			
Nombre:	INGRID MAYEN	SSN:	XXX-XX9999
FORMA DE I	RENUNCIA DE TRATAMIENTO		
VO GOV DE	LA EDAD LECAL VIDOR LA DRECEN	TE CEDTICIO	OTIL LATI V DOD WI DDODIV
	LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN		
	Y LA DECISION DE RECIBIR TRATA		
	IO TENER REFERENCIA DE UN MEDI		
	NTO DE ELECCION. YO TAMBIEN CO		No. of the contract of the con
TERAPISTA	FISICO CON LICENCIA VALIDA Y CI	ERTIFICADO Y	QUE LA EVALUACION Y
RECOMEND	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX	KPLICADAS A M	II ANTES DEL TRATAMIENTO.
COMPREND	O QUE EL SE COMUNICARA CON MI	MEDICO PARA	OBTENIR AUTORIZACION PARA
MI TRATAM	IIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMB	IEN COMPRENI	DO QUE YO NO PUEDO RECIBIR
TRATAMIEN	NTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AU	TORIZACION F	FIRMADA MI MEDICO. ADEMAS,
	O QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA O		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
MEJORE. Fz			
OTEL TE			
SI MENOR:			
El N	Iombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Firma		

Fecha:





PATIENT #				
Nombre:	INGRID MAYEN	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE I	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.

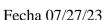
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 #

Nombre :	INGRID MAYEN	SSN:	XXX-XX9999
AVISO DE P	RÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
Los Recordat recordatorios	orios de la cita: Su información de la salud de cita.	será utilizada po	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tamb	ón sobre Tratamientos: Su información de la encontrar interesante en el tratamiento y la pién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su con	dición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud 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 07/27/23

PATIENT #					
Nombre:	INGRID MAYEN	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



Fecha 07/27/23

PATIENT #					
Nombre:	INGRID MAYEN	SSN:	XXX-XX9999		
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION				
	Paciente :				
	Firma:_ Fecha:_				
	Firma:_ Fecha:				