

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/27/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630
Direccion:	1670 W BROADWAY APT 17D	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92802	FDN:	09/27/1971
Teléfono:	(714)341-7956	Edad:	51
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMACI	ON DEL PACIENTE #		
Fecha::	03/08/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMACI	JE REFIRIO AL PACIENTE ÓN		
Nombre:	DORSEY, JOHN	Partes del cuerpo	:
Direccion:	25431 CABOT ROAD STE 110		
Ciudad, Zip:	LAGUNA HILLSCA92653		
Teléfono:	(949)716-1900	Dx:	
INFORMACI	ÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono:	
INFORMACI	ÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMACI	ÓN 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	para Proporcionar Informacion Personal	y Asignacion de	Beneficios
cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr uranza lo requiera. Yo authoizo que West ni aseguranza por los servicios prestados.	A	-
		07/27/23	
SOFIA MAR	QUEZ SALAZAR	Fecha firm	ada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#						
Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR		SSN:	X	XX-XX56	630	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TRAB	AJO					
Sentarse:	a típico de 8 horas, cuántas horas le	e hacen	El pone	rse en cuclilla	as:	oras hace el o si	guiente Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob lamiento:	na.		Horas
Caminar:	Horas			ızar para arrib	oa:		Horas
Manejar:				ızar hacia fue:			Horas
	as trabaja en un		El torce	r:			Horas
Día Normal/Turno:	Horas		Arrastre	·:			Horas
Semana:	Horas		El subir	de la escalon	nes:		Horas
			El subir	de la escaler	a:		Horas
			Usando	una computa	idora:		Horas
			Usando	el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	•			Horas
			Cargano	do cosas pesa	das:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante	Constant	emente	A menuo	do	A veces	Nunca
10 lbs o menos	î î						
11 lbs a 25 lbs:		}	$\overline{}$		}		1
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs más de 100 lbs							
mas de 100 ms							
Mi trabajo in	ncluye	Constant	emente	A menuo	do	A veces	Nunca
	petidor de manos:						
	petidor de pies :						
El agarrar de la					[
Dirección de la Equilibrio:	precision:				}		{
	le la computadora/del cojín de tacto:				}		{
	nizado para la eficacia:	}		}	\longrightarrow		{ }
	imultánea y teléfono :				\longrightarrow		{



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre:	SOFIA MARQUEZ	SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (O ACCIDENTE #				
Describa breve	emente su accidente: :					
					Yes	No
Estuvo en la	Sala de Emergencia	a?				
Si no fue a un	n cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?		
Se tomaron r	rayos x?					
Si fue un acc	idente de auto, pud	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	lico por la misma lesión				
Si todavía es	ta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 07/27/23

PATIENT #

Nombre: SOFIA MARQUEZ SALAZAR SSN: XXX-XX5630

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

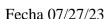
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!			
Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630	
FORMA DI	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 CEDACION 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 O EZDQ	MIENTO D CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAD XPLICADAS MEDICO F IEN COMP	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y S A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P RENDO QUE YO NO PUEDO RECII ON FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI O. PARA BIR AS,
SI MENOR	•			
El	Relacion:			- - - - -





TO A	7117	H H	TA TITI	$\Pi = II$

Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630

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.

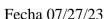
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





PATIENT #

Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 o	de		
3)				
Los Recorda recordatorio	atorios de la cita: Su información de la sal os de cita.	ud será utiliza	da por nuestro personal para env	iarle
usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que er de interés a usted**	la gestión de s	u condición médica. De nuestra l	base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informaci	ón 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:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630

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 #	<u> </u>			
Nombre:	SOFIA MARQUEZ SALAZAR	SSN:	XXX-XX5630	
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	_			
	Firma:_			
	Fecha:			