

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 03/22/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR LONG BEACH

| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | SSN: | XXX-XX9999 |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Direccion: | 11626 206HT STREET | Sexo: | F |
| Ciudad, Zip: | LAKEWOODCA90715 | FDN: | 04/30/1978 |
| Teléfono: | (562)419-0690 | Edad: | 44 |
| Telé trabajo : | | Email: | |
| Telé celular: | | | |
| INFORMAC | ION DEL PACIENTE # | _ | |
| Fecha:: | 04/08/2022 | Post-cirugia : | |
| Tipo: | PI | FDC: | |
| DOCTOR QUINFORMAC | UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN | | |
| Nombre: | BERKOWITZ, JONATHAN | Partes del cuerpo | : |
| Direccion: | 455 OLD NEWPORT BLVD STE 101 | | |
| Ciudad, Zip: | NEWPORT BEACHCA92663 | | |
| Teléfono: | (949)933-7012 | 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 | ÓN 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 | al y Asignacion de | Beneficios |
| Yo authorizo cuanto la aseg | a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados | roporcione la info t-Star Physical Th | rmacion pertinente a este accidente en |
| | | 03/22/23 | |
| JAZMIN CA | ATALINA PERALTA | Fecha firm | nada |



INFORMACION DEL TRABAJO

| PACIENTE : | # | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Nombre: | JAZMIN CATALINA | PERALTA | SSN: | xxx | (-XX9999 | |
| INFORMAC | ION DEL TRABAJ | O# | | | | |
| Cargo: | | | | | | |
| Descripción de | las funciones: | | | | | |
| DETALLES | ADICIONALES DE | L TRABAJO | | | | |
| Durante un día Sentarse: | típico de 8 horas, cuán | itas horas le hacen | El poner | rse en cuclillas: | ntas horas hace el | Horas |
| Pararse: | H | Ioras | | narse/que dobla: | | Horas |
| Caminar: | H | Ioras | | amiento: | | Horas |
| Manejar: | H | Ioras | | zar para arriba: | | Horas |
| Cuántas hora | s trabaja en un | | | zar hacia fuera: | | Horas |
| Día Normal/Turno: | H | foras | El torcei Arrastre | | | Horas |
| Semana: | Н | Ioras | | de la escalones: | | Horas |
| | | | | de la escalones. | | Horas |
| | | | | una computadora | a: | Horas |
| | | | | el teléfono: | | Horas |
| | | | Empujai | | | Horas |
| | | | Jalando: | | | Horas |
| | | | Cargando cosas pesadas: | | | Horas |
| En mi trabajo | se requiere que lev | ante Consta | antemente | A menudo | 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 in | cluye | Consta | nntemente | A menudo | A veces | Nunca |
| Movimiento rep | etidor de manos: | | | | | |
| Movimiento rep | - | | | | | |
| El agarrar de la | | | | | | |
| Dirección de la p | precisión: | | | | | |
| Equilibrio: | e la computadora/del cojí | n de tacto : | | | _ | |
| | izado para la eficacia: | a de tueto . | | | _{} | |
| | multánea y teléfono: | | | | | |



Injury Informacion

| PATIENT # | | | | | | |
|----------------|------------------------|---------------------------|--------------------|--------------|-----|----|
| Nombre: | JAZMIN CATALINA | PERALTA | SSN: | XXX-XX9999 | | |
| INFORMAC | CIÓN DE LESIÓN (|) ACCIDENTE # | | | | |
| Describa breve | emente 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 | rayos x? | | | | | |
| Si fue un acc | ridente de auto, pude | o manejar el vehículo de | espués del accide | nte? | | |
| Ha tenido alg | gun accidente anteri | or en la misma parte del | 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 03/22/23

PATIENT #

Nombre: JAZMIN CATALINA PERALTA 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

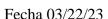
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

| PATIENT # | : | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | SSN: | XXX-XX9999 | |
| FORMA DE | E RENUNCIA DE TRATAMIENTO | | | |
| VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII | 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 | MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAT KPLICADA MEDICO IEN COMP | DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO QUE Y E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES MI O QUE SERE EVALUADO(A) POR UN DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO. PARA OBTENIR AUTORIZACION PARA | A |
| SI MENOR | : | | | |
| El | Firma: Fecha: | | | |





| TD 4 | 1 717 | T T T | $\Gamma \perp \mu$ |
|------|-------|-----------|--------------------|
| 1 | | 1 N I | 111 |

| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | 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.

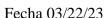
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar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





| PATIENT # | £ | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------------|
| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | SSN: | XXX-XX9999 | |
| AVISO DE 3 | PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de | 3 | | |
| Los Recorda recordatorio | atorios de la cita: Su información de la salu os de cita. | d será utiliz | ada por nuestro personal par | a enviarle |
| usted puede nosotros tan | ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que d er de interés a usted** | gestión de | su condición médica. De nue | estra base de datos, |
| | Por Favor no utiliza mi informació | n de la salu | l para los servicios sobredicl | hos. |

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

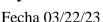
Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de Estos incluyen: El derecho de solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información protegida de asistencia médica;

- 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.





| TD 4 | 1 717 | T T T | $\Gamma \perp \mu$ |
|------|-------|-----------|--------------------|
| 1 | | 1 N I | 111 |

| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | 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 # | | | | |
|-----------|----------------------------|------|------------|--|
| Nombre: | JAZMIN CATALINA PERALTA | SSN: | XXX-XX9999 | |
| PRIVACY A | ACKNOWLEDGMENT INFORMATION | | | |
| | Paciente: | | | |
| | Firma:_ Fecha:_ | | | |
| | Firma:_ Fecha: | | | |