

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 07/03/23

INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR SANTA ANA

Nombre:	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158
Direccion:	24912 VIA SAN RAFAEL	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	ALISO VIEJOCA92656	FDN:	05/28/1967
Teléfono:	(949)698-2922	Edad:	56
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	10/18/2019	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	ROSARIO, MANUEL	Partes del cuerpo	<u>:</u>
Direccion:	1950 E 17TH STREET STE 200		
Ciudad, Zip:	SANTA ANACA92705		
Teléfono:	(714)495-4050	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	l y Asignacion de	Beneficios
Yo authorizo cuanto la aseg	a West-Star Physical Therapy para que pr guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info s-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		07/03/23	
MARIA GO	DINEZ	Fecha firm	 nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE	#							
Nombre:	MARIA GODINEZ	<u> </u>		SSN: XXX-XX3158				
INFORMA	CION DEL TRAB	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	ADICIONALES	DEL TRABAJO	0					
Durante un dí Sentarse:	a típico de 8 horas, c	Horas	acen	El pone	lia normal, rse en cucli narse/que do	llas:	horas hace el o si	guiente Horas
Pararse: Caminar:		Horas			amiento:	JUIA.		Horas
Manejar:		Horas Horas			zar para arı	riba:		Horas
	voc troboio on vo	Jiioias			zar hacia fu			Horas
Día	as trabaja en un	<u> </u>		El torcer: Arrastre:				Horas
Normal/Turno	:	Horas						Horas
Semana:		Horas		El subir de la escalones:			Horas	
				El subir	de la escal	era:		Horas
			Usando una computadora:  Usando el teléfono:				Horas	
							Horas	
				Empujando:				Horas
			Jalando:				Horas	
				Cargando cosas pesadas:				Horas
_	jo se requiere que	levante	Constant	emente	A men	udo	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	:							<b></b>
Mi trabajo incluye		Constant	emente	A men	udo	A veces	Nunca	
	petidor de manos:							
	petidor de pies :							] []
El agarrar de la Dirección de la								-{
Equilibrio:	i precision.		-					-{ }
_	le la computadora/del c	cojín de tacto:						$\exists \vdash $
	Trabajo sincronizado para la eficacia :							<b>┤</b> ├───┤
Computadora simultánea y teléfono :								<u> </u>



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	MARIA GODINEZ		SSN:	XXX-XX3158		
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	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 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 07/03/23

PATIENT #

Nombre: MARIA GODINEZ SSN: XXX-XX3158

### 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

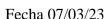
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
YO. SOY D	E LA EDAD LEGAL Y POR LA PRESEN	TE CERTIF	ICO OUE FUI A POR MI PROPI.	A
	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 CE		. ,	1011
	DACION de EL TERAPEUTA SERAN EX			NTO
	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			*
MEJORE. F		110 001110	THE THE GOLD IN CONDICION	7101071
TVILLS OTCL. I				
SI MENOR:				
E1.1	Name to Date Of Counting to Decision			
EL	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:			
	Facha:			
	Testign(a):			
	Nombre de la Persona tomando los datos:			
	Firma:			





PATIENT #					
Nombre:	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158		
AVISO DE P	<b>RÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Pagina (1 d	le			

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.

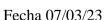
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158
AVISO DE P	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de		
	torios de la cita: Su información de la salud s de cita.	l será utilizada p	or nuestro personal para enviarle
usted puede e nosotros tam	ón sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la bién le podemos enviar información que de r de interés a usted**	gestión de su co	ndición médica. De nuestra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	de la salud para	a 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 07/03/23

PATIENT#					
Nombre:	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158		

### **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:	MARIA GODINEZ	SSN:	XXX-XX3158	
DDIWACV A	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
PRIVACIA	CKNOWLEDGMENT INFORMATION			
	D ' /			
	Paciente:			
	Firma:_			
	Fecha:_			
	Firma:			
	Fecha:			