

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/20/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR DOWNTOWN LA

Nombre:	MIRNA DE LOS SANTOS	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	2626 S BURNSIDE AVE	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90016	FDN:	11/16/1977
Teléfono:	(805)795-8930	Edad:	45
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	08/26/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE SIÓN		
Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerp	0:
Direccion:	640 S SAN VICENTE BLVD 481		
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90048		
Teléfono:	(424)266-7878	Dx:	
INFORMAC	CIÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	TIÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion :	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	ZIÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACI MEDICA	ÓN 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 Person	nal y Asignacion do	e Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que guranza lo requiera. Yo authoizo que We mi aseguranza por los servicios prestado	est-Star Physical T	_
		04/20/23	
MIRNA DE	LOS SANTOS	Fecha fir	mada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	C#						
Nombre:	MIRNA DE LOS SANTO	S	SSN:	x	(XX-XX99	99	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción d	e las funciones:						
DETALLES	S ADICIONALES DEL	ГКАВАЈО					
Duranta un di	ía típico de 8 horas, cuántas	horas la hacan	En un d	ia normal. C	Cuántas ho	ras hace el o si	iguiente
Sentarse:	Horas			rse en cuclilla			Horas
Pararse:	Hora		El inclin	arse/que dob	la:		Horas
Caminar:	Hora		Arrodilla	amiento:			Horas
Manejar:	Hora		El alcanz	zar para arrib	oa:		Horas
		5		zar hacia fue			Horas
	ras trabaja en un		El torcer				Horas
Día Normal/Turno	: Horas	3	Arrastre:				Horas
Semana:	Hora	S		de la escalon	195.		Horas
				de la escalera			Horas
							\rightarrow
				una computa	dora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empujan				Horas
			Jalando:				Horas
			Cargand	lo cosas pesad	das:		Horas
En mi traba	jo se requiere que levant	e Constan	temente	A menuo	do	A veces	Nunca
10 lbs o menos	3:						
11 lbs a 25 lbs:	:				$\overline{}$		7
26 lbs a 50 lbs:	:						
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lb							
más de 100 lbs)				
Mi trabajo i	ncluye	Constan	temente	A menuo	do	A veces	Nunca
	epetidor de manos:						
	epetidor de pies :				\longrightarrow		
El agarrar de la	a energía:		$\overline{}$		\longrightarrow		\exists
Dirección de la	a precisión:				\longrightarrow		7
Equilibrio:					\longrightarrow		1
Uso del ratón o	de la computadora/del cojín de	tacto:			$\neg \neg \vdash$		1
Trabajo sincro	nizado para la eficacia:				$\overline{}$		1
Computadora s	simultánea y teléfono:				$\overline{}$		1



Injury Informacion

PATIENT #						
Nombre :	MIRNA DE LOS SA	NTOS	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 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, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido alg	gun accidente anteri	or en la misma parte del	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 04/20/23

PATIENT #

Nombre: MIRNA DE LOS SANTOS 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

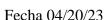
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	!		
Nombre:	MIRNA DE LOS SANTOS	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 WILION	•		
El	Nombre de Padre O Guardian del Paciente:		
	Relacion:		
	Firma:		
	Fecha:		
	Testigo(a):		
	Nombre de la Persona tomando los datos:		





T)	A	T	TIT	TAT	Ш

Nombre:	MIRNA DE LOS SANTOS	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.

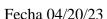
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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 :	MIRNA DE LOS SANTOS	SSN:	XXX-XX9999	
	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 d	e		
3)				
Los Record recordatorio	atorios de la cita: Su información de la salu os de cita.	ıd será utiliza	da por nuestro personal par	ra enviarle
usted puede nosotros tar	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la mbién le podemos enviar información que o er de interés a usted**	a gestión de s	u condición médica. De nu	estra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi informació	on de la salud	para los servicios sobredic	chos.

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 04/20/23

PATIENT	#
---------	---

Nombre:	MIRNA DE LOS SANTOS	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:	MIRNA DE LOS SANTOS	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY .	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente : Firma:					
	Fecha:_					
	Firma:_ Fecha:					