

Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 06/14/23

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	ROSAURA ALCALA	SSN:	XXX-XX9999
Direccion:	1303 W 106TH ST APT 3	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LOS ANGELESCA90044	FDN:	09/07/1981
Teléfono:	(213)570-1579	Edad:	41
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#		
Fecha::	03/12/2020	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	HARONIAN, EDWIN	Partes del cuerpo	:
Direccion:			
Ciudad, Zip:	SHERMAN OAKSCA		
Teléfono:	(818)788-2400	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	ON 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 pi guranza lo requiera. Yo authoizo que West mi aseguranza por los servicios prestados.	roporcione la info t-Star Physical Th	rmacion pertinente a este accidente en
		06/14/23	
ROSAURA ALCALA Fecha firmada			nada



INFORMACION DEL TRABAJO

PACIENTE	#							
Nombre:	ROSAURA ALCA	LA		SSN:		XXX-XX9	999	
INFORMA	CION DEL TRABA	AJO#						
Cargo:								
Descripción de	e las funciones:							
DETALLES	S ADICIONALES 1	DEL TRABAJO						
Sentarse:	a típico de 8 horas, cu	Horas	en	El poner	ia normal, se en cuclil arse/que do	las:	noras hace el o si	guiente Horas Horas
Pararse: Caminar:		Horas Horas		Arrodilla	_	oiu.		Horas
Manejar:		Horas		El alcanz	zar para arri	ba:		Horas
	as trabaja en un)		El alcanz	zar hacia fu	era:		Horas
Día	as trabaja en un) **		El torcer				Horas
Normal/Turno	:	Horas		Arrastre:	:			Horas
Semana:		Horas		El subir	de la escalo	nes:		Horas
				El subir	de la escale	ra:		Horas
				Usando	una comput	adora:		Horas
				Usando	el teléfono:			Horas
				Empujan	ndo:			Horas
				Jalando:			Horas	
				Cargand	o cosas pes	adas:		Horas
En mi traba	jo se requiere que l	evante	Constanten	nente	A menu	ıdo	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] []
mas de 100 los	•							
Mi trabajo i	ncluye		Constanten	nente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
	petidor de manos:							
Movimiento repetidor de pies :								
El agarrar de la energía:] []	
Dirección de la Equilibrio:	precision:						-	{
	Equilibrio: Uso del ratón de la computadora/del cojín de tacto :							{
Trabajo sincronizado para la eficacia:								{
Computadora simultánea y teléfono :								



Injury Informacion

PATIENT #							
Nombre:	ROSAURA ALCALA	1	SSN:	XXX-XX9999			
INFORMACIÓN DE LESIÓN O ACCIDENTE #							
Describa brevei	nente su accidente: :						
					Yes	No	
Estuvo en la s	Sala de Emergencia	?					
Si no fue a ur	n cuarto de emerger	ncia, se presento en algú	n otro tipo de cer	ntro médico?			
Se tomaron ra	ayos x?						
Si fue un acci	dente de auto, pudo	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?			
Ha tenido alg	un accidente anteri	or en la misma parte del	l cuerpo?				
Esta recivieno	do tratamiento med	ico por la misma lesión					
Si todavía est	a reciviendo tratam	iento medico por la					
misma lesión	, favor llenar lo sig	uiente?					
Nombre:							
Direccion:							
Ciudad, Zip:							
Teléfono							



INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 06/14/23

PATIENT #

Nombre: ROSAURA ALCALA 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

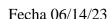
0 = Otro





FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ROSAURA ALCALA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DI	E RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTA PODRIA O TRATAMII TERAPIST RECOMEN COMPREN MI TRATA TRATAMII	E 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 CIDACION 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 OFZDQ	MIENTO I CO Y QUI MPRENDO ERTIFICA KPLICADA MEDICO JEN COMI	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I O QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y AS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECII CION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI O. PARA BIR AS,
SI MENOR	:			
El	Firma: Fecha:			- - - -





PATIENT #					
N T 1		aass			
Nombre:	ROSAURA ALCALA	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.

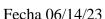
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	ROSAURA ALCALA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga (2 de			
	atorios de la cita: Su información de la saludos de cita.	d será utiliza	nda por nuestro personal para	a enviarle
La informac usted puede nosotros tan	ción sobre Tratamientos: Su información de encontrar interesante en el tratamiento y la nbién le podemos enviar información que de er de interés a usted**	gestión de s	su condición médica. De nue	stra base de datos,
	Por Favor no utiliza mi información	n de la salud	para los servicios sobredich	ios.

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 06/14/23

PATIENT#				
Nombre:	ROSAURA ALCALA	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:	ROSAURA ALCALA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATIO	N				
	Pacient	0.1				
	Facient					
	Fech					
	Firm	na:				
	Fech	na:				