

## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 04/13/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR ANAHEIM

Nombre:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565
Direccion:	611 CLIFTON STREET	Sexo:	F
Ciudad, Zip:	LA HABRACA90631	FDN:	07/05/1977
Teléfono:	(562)347-9920	Edad:	45
Telé trabajo :		Email:	
Telé celular:			
INFORMAC	ION DEL PACIENTE #		
Fecha::	10/18/2022	Post-cirugia :	
Tipo:	WC	FDC:	
DOCTOR Q	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN		
Nombre:	SALOMON, MICHAEL	Partes del cuerpo	:
Direccion:	421 N BROOKHURST STREET STE 21		
Ciudad, Zip:	ANAHEIMCA92801		
Teléfono:	(323)435-4523	Dx:	
INFORMAC	IÓN DEL ABOGADO		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE EMPLEO :		
Nombre:		Direccion:	
Ciudad, Zip:		Teléfono :	
INFORMAC	IÓN DE ASEGURANZA MEDICA	INFORMACION 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 Persona	al y Asignacion de	Beneficios
cuanto la ase	a West-Star Physical Therapy para que p guranza lo requiera. Yo authoizo que Wes mi aseguranza por los servicios prestados	t-Star Physical T	_
		04/13/23	
CARMEN N	MEDINA MAGANA	Fecha firr	nada



### INFORMACION DEL TRABAJO #

<b>PACIENTE</b>	#						
Nombre:	CARMEN MEDINA MAGA	NA	SSN:		XXX-XX45	565	
INFORMA	CION DEL TRABAJO #						
Cargo:							
Descripción de	e las funciones:						
DETALLES	ADICIONALES DEL TI	RABAJO					
Durante un dí	a típico de 8 horas, cuántas ho	oras le hacen				oras hace el o sig	
Sentarse:	Horas			rse en cuclilla			Horas
Pararse:	Horas			narse/que dob	ola:		Horas
Caminar:	Horas			lamiento:			Horas
Manejar:	Horas			ızar para arril			Horas
Cuántas hor	as trabaja en un		El alcan	ızar hacia fue	ra:		Horas
Día	Horas		El torce	r:			Horas
Normal/Turno	Horas		Arrastre				Horas
Semana:	Horas			de la escalor			Horas
				de la escaler			Horas
				una computa	adora:		Horas
				el teléfono:			Horas
			Empuja	ndo:			Horas
			Jalando	•			Horas
			Cargano	do cosas pesa	ıdas:		Horas
En mi trabaj	o se requiere que levante.	Constant	temente	A menu	ido	A veces	Nunca
10 lbs o menos	:						
11 lbs a 25 lbs:			$\overline{}$				
26 lbs a 50 lbs:							
51 lbs a 75 lbs:							
76 lbs a 100 lbs							
más de 100 lbs	:						
Mi trabajo in	ncluye	Constant	temente	A menu	ıdo	A veces	Nunca
Movimiento re	petidor de manos:						
Movimiento re	petidor de pies :						
El agarrar de la energía:							
Dirección de la	precisión:						
Equilibrio:	I-1						] []
	le la computadora/del cojín de ta nizado para la eficacia :	(10)			}		{
	imultánea y teléfono :	}			$$ $\}$		{ }
1	J	l	J		J		] [



# **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	CARMEN MEDINA	MAGANA	SSN:	XXX-XX4565		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O 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	in 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	niento medico por la				
misma lesión	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 04/13/23

PATIENT #

Nombre: CARMEN MEDINA MAGANA SSN: XXX-XX4565

### 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

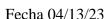
0 = Otro





### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #	:			
Nombre:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565	
FORMA DI	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 DE CO Y QUE DE PRENDO ERTIFICADA DE LO DE LE MEDICO DE LE MEDICA DE LE MEDIC	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:			





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

Nombre:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565

### 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.

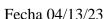
El pago: Su información de la salud puede ser utilizada para obtener es tu pagos de su plan de salud medico, de otras fuentes de alcance como una aseguranza de automóvil, o de las compañías de tarjeta de crédito que usted puede utilizar para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar 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:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565	
AVISO DE	PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Paga	ı (2 de		
Los Recordatorio	atorios de la cita: Su información de la os de cita.	ı salud será utiliza	da por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tar	e encontrar interesante en el tratamiento	o y la gestión de si	de ser utilizada para enviarle información que condición médica. De nuestra base de dato lla sólo Occidental información relacionada	s,
	Por Favor no utiliza mi inform	nación 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 04/13/23

PATIENT
---------

Nombre:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565

#### 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	PATIENT#						
Nombre:	CARMEN MEDINA MAGANA	SSN:	XXX-XX4565				
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION						
	Paciente : Firma:						
	Fecha:_						
	Firma:_ Fecha:						