

### Information du patient et autorisation de traitement

Fecha 05/05/23

# INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR HAWTHORNE

Nombre:	ARMANDO GARCIA	SSN:	XXX-XX9999		
Direccion:	12221 ALPINE AVE	Sexo:	М		
Ciudad, Zip:	LYNWOODCA90262	FDN:	11/23/1959		
Teléfono:	(310)490-5289	Edad:	63		
Telé trabajo :		Email:			
Telé celular:					
INFORMAC	ION DEL PACIENTE#				
Fecha::	11/19/2022	Post-cirugia :			
Tipo:	PI	FDC:			
DOCTOR QU INFORMAC	UE REFIRIO AL PACIENTE IÓN				
Nombre:	YUN, DENNIS	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	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 a West-Star Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que West-Star Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados.					
		05/05/23			
ARMANDO	GARCIA	Fecha firm	nada		



### INFORMACION DEL TRABAJO #

PACIENTE #									
Nombre:	ARMANDO GARCIA		SSN:	XXX	-XX9999				
INFORMAC	INFORMACION DEL TRABAJO #								
Cargo:									
Descripción de	e las funciones:								
DETALLES	ADICIONALES DEL TRA	BAJO							
Durante un día Sentarse: Pararse:	a típico de 8 horas, cuántas horas Horas Horas	s le hacen	El poner	ia normal, Cuár se en cuclillas: arse/que dobla:	ntas horas hace el o s	Horas			
Caminar: Manejar:	Horas		Arrodilla El alcan	amiento: zar para arriba:		Horas Horas			
Día Normal/Turno: Semana:	Horas	Constant	El torcer Arrastre El subir El subir Usando Usando Empujar Jalando: Cargand	de la escalones: de la escalera: una computadora el teléfono: ndo: o cosas pesadas:		Horas			
En mi trabaj 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:	::	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca			
Movimiento rep El agarrar de la Dirección de la Equilibrio: Uso del ratón d Trabajo sincror	petidor de manos: petidor de pies : energía:	Constant	emente	A menudo	A veces	Nunca			



## **Injury Informacion**

PATIENT #						
Nombre:	ARMANDO GARCI	4	SSN:	XXX-XX9999		
INFORMAC	CIÓN DE LESIÓN (	O ACCIDENTE #				
Describa brevo	emente su accidente: :					
Estuvo en lo	Sala da Emanganai	20			Yes	No
	Sala de Emergencia			441 0		
Si no fue a v	ın cuarto de emerge	ncia, se presento en algú	in otro tipo de cei	ntro médico?		
Se tomaron	rayos x?					
Si fue un acc	cidente de auto, pud	o manejar el vehículo de	espués del accide	nte?		
Ha tenido al	gun accidente anteri	or en la misma parte de	l cuerpo?			
Esta recivier	Esta reciviendo tratamiento medico por la misma lesión					
Si todavía es	sta reciviendo tratan	niento medico por la				
misma lesió	n, favor llenar lo sig	uiente?				
Nombre:						
Direccion:						
Ciudad, Zip:						
Teléfono						



# INFORMACIÓN DEL DOLOR

Fecha 05/05/23

PATIENT #

Nombre: ARMANDO GARCIA 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

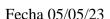




### FORMA de RENUNCIA de TRATAMIENTO

PATIENT #				
Nombre:	ARMANDO GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
FORMA DE	RENUNCIA DE TRATAMIENTO			
VOLUNTAL PODRIA O TRATAMIE TERAPISTA RECOMENI COMPRENI MI TRATAL TRATAMIE	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 ENDO QUE EL SE COMUNICARA CON MIMIENTO DE FISIOTERAPIA. YO TAMBENTO DE FISIOTERAPIA EN SIN LA AUDO QUE LA FISIOTERAPIA, PODRIA OZDQ	MIENTO I CO Y QUE MPRENDO ERTIFICAI KPLICADA MEDICO IEN COMF TORIZAC	DE FISIOTERAPIA. COMPRENDO Q E OBTENIENDO FISIOTERAPIA ES I D QUE SERE EVALUADO(A) POR U DO Y QUE LA EVALUACION Y IS A MI ANTES DEL TRATAMIENTO PARA OBTENIR AUTORIZACION P PRENDO QUE YO NO PUEDO RECII ION FIRMADA MI MEDICO. ADEM	MI N O. PARA BIR AS,
SI MENOR:				
El	Firma: Fecha:			- - -

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #						
Nombre:	ARMANDO GARCIA	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.

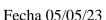
Las Operaciones de Asistencia médica: Su información de la salud puede ser utilizada para apoyar como sea necesario las actividades diarias y de la gestión de Weststar Physical Therapy. Por ejemplo, la información en los servicios que usted reciba pueden ser utilizados para mantener, presupuestar y cubrir 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.

#### **Notice of Privacy Practices**





PATIENT #	<u> </u>			
Nombre:	ARMANDO GARCIA	SSN:	XXX-XX9999	
AVISO DE 3	<b>PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> Pag	ga (2 de		
Los Recorda recordatorio		la salud será utiliza	nda por nuestro personal para enviarle	
usted puede nosotros tan	encontrar interesante en el tratamien	to y la gestión de s	ede ser utilizada para enviarle información su condición médica. De nuestra base de d ella sólo Occidental información relaciona	latos,
	Por Favor no utiliza mi inform	mación 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.



DA GETTENIGE 4

#### **Notice of Privacy Practices**

Fecha 05/05/23

PATIENT#					
Nombre:	ARMANDO GARCIA	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



## **Notice of Privacy Practices**

PATIENT #						
Nombre:	ARMANDO GARCIA	SSN:	XXX-XX9999			
PRIVACY A	ACKNOWLEDGMENT INFORMATION					
	Paciente:					
	Firma:_ Fecha:					
	_					
	Firma:_ Fecha:					