



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 12/29/2022

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR AMPARO GARCIA

Nombre:	AMPARO GARCIA	SSN:	619-21-7813
Direccion:	250 S CATALINA ST APT 101	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	LOS ANGELES,CA,90004	FDN:	10/30/1965
Teléfono	(323)674-3213	Edad:	57
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	11/13/2021	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	SHANAA, MANO	Partes del cuerpo:	
Direccion:	640 S SAN VICENTE BLVD 481		
Ciudad,Expresar Zip:			
Teléfono:	LOS ANGELES, CA, 90048 (424) 266-7878	Dx:	

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre:	
Direccion:	
Ciudad,Expresar Zip	
Teléfono:	,

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre:	
Direccion:	

Ciudad,Expresar Zip:

Teléfono: ,,

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MEDICA

Nombre:

Direccion:

Adj/Ph#:

Tipo:

Asegurados:

Pol#/CIm#:

INFORMACIÓN SECUNDARIA DE ASEGURANZA MEDICA

Nombre:

Direccion:

Adj/Ph#:

Tipo:

Asegurados:

Pol#/CIm#:

Authorizacion para Proporcionar Informacion Personal 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.

AMPARO GARCIA, Paciente

12/29/2022

Fecha firmada