



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/03/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR HECTOR GONZALEZ FARIAS

Nombre:	HECTOR GONZALEZ FARIAS	SSN:	999-99-9999
Direccion:	29562 BETTEYLE LANE	Sexo:	M
Ciudad,Expresar Zip	NUEVO,CA,92567	FDN:	09/06/1966
Teléfono	(909)331-7832	Edad:	56
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	02/28/2021	Post-cirugia:	1
Tipo:	PI	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	KHOUNGANIAN, GREG	Partes del cuerpo:	
Direccion:	5363 BALBOA BLVD STE 245		
Ciudad,Expresar Zip:	IRVING,CA,92613		
Teléfono:	(916)543-4430	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.

HECTOR GONZALEZ FARIAS, Paciente

01/03/2023

Fecha firmada