



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/03/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MARIO ROMERO

Nombre:	MARIO ROMERO	SSN:	999-99-9999
Direccion:	24864 EUCALIPTUS AVE APT	Sexo:	M
Ciudad,Expresar Zip	MORENO VALLEY,CA,92553	FDN:	02/02/1976
Teléfono	(657)238-4181	Edad:	46
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	10/11/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	AKINHANMI OLUBI, OLUYEMISI	Partes del cuerpo:	
Direccion:	6405 DAY STREET		
Ciudad,Expresar Zip:			
Teléfono:	RIVERSIDE, CA, 92507	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.

MARIO ROMERO, Paciente

01/03/2023

Fecha firmada