



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 12/28/2022

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR JUAN CAMARENA

Nombre:	JUAN CAMARENA	SSN:	999-99-9999
Direccion:	P O BOX 9314	Sexo:	M
Ciudad,Expresar Zip	ONTARIO,CA,91762	FDN:	05/26/1975
Teléfono	(951)575-0218	Edad:	47
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	09/01/2017	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	ELIAS, FADY	Partes del cuerpo:	
Direccion:	16814 FOOTHILL BLVD		
Ciudad,Expresar Zip:	FONTANA,CA,92335		
Teléfono:	(951)428-6989	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.

JUAN CAMARENA, Paciente

12/28/2022

Fecha firmada