



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/10/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR JESSICA MORENO

Nombre:	JESSICA MORENO	SSN:	999-99-9999
Direccion:	8303 NORWALK BLVD	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	WHITTIER,CA,90606	FDN:	01/03/1994
Teléfono	(323)482-2819	Edad:	29
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	09/20/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	BROOKS, LEON	Partes del cuerpo:	
Direccion:	8670 WILSHIRE BLVD., SUITE 206		
Ciudad,Expresar Zip:	BEVERLY HILLS, CA, 90211		
Teléfono:	(310) 855-0762	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.

JESSICA MORENO, Paciente

01/10/2023

Fecha firmada