



## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/03/2023

### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR VERONICA HAYDEE DONIS CASTILLO

Nombre:	VERONICA HAYDEE DONIS CASTILLO	SSN:	999-99-9999
Direccion:	10420 1/2 S GREVILLEA AVE	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	INGLEWOOD,CA,90304	FDN:	09/26/1982
Teléfono	(323)617-0190	Edad:	40
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

### INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	11/16/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

### DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	SHAH, GOOJAN	Partes del cuerpo:	
Direccion:	100 OCEANGATE BLVD STE P280		
Ciudad,Expresar Zip:	INGLEWOOD,CA,90802		
Teléfono:	(310)348-7246	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.

---

VERONICA HAYDEE DONIS CASTILLO, Paciente

**01/03/2023**

---

Fecha firmada