



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/03/2023

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MARIA RODRIGUEZ

Nombre:	MARIA RODRIGUEZ	SSN:	999-99-9999
Direccion:	24780 FORTUNE BAY LANE	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	MORENO VALLEY,CA,92551	FDN:	07/16/1974
Teléfono	(951)905-8089	Edad:	48
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	04/28/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	NISSANOFF, JONATHAN	Partes del cuerpo:	
Direccion:	15525 POMERADO RD STE E6		
Ciudad,Expresar Zip:	POMONA,CA,91764		
Teléfono:	(951)461-2282	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.

MARIA RODRIGUEZ, Paciente

01/03/2023

Fecha firmada