



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 12/28/2022

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR MARTHA GONZALEZ

Nombre:	MARTHA GONZALEZ	SSN:	999-99-9999
Direccion:	1466 WEST ELM AVE	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	FULLERTON,CA,92833	FDN:	07/31/1956
Teléfono	(714)287-6857	Edad:	66
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	06/27/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	BERKOWITZ, JONATHAN	Partes del cuerpo:	
Direccion:	455 OLD NEWPORT BLVD STE 101		
Ciudad,Expresar Zip:	NEWPORT BEACH,CA,92663		
Teléfono:	(949)838-7012	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.

MARTHA GONZALEZ, Paciente

12/28/2022

Fecha firmada