



## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 12/28/2022

### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR OMMID KAMRANFAR

Nombre:	OMMID KAMRANFAR	SSN:	999-99-9999
Direccion:	204 NORTH MANHATTAN PLACE	Sexo:	
Ciudad,Expresar Zip	LOS ANGELES,CA,90004	FDN:	02/03/1982
Teléfono	(310)926-9006	Edad:	40
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

### INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	10/21/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

### DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	OKHOVAT, MAHYAR	Partes del cuerpo:	
Direccion:	2336 SANTA MONICA BLVD SUITE 2		
Ciudad,Expresar Zip:	SANTA MONICA, CA, 90404		
Teléfono:	(310) 911-6800	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.

---

OMMID KAMRANFAR, Paciente

---

**12/28/2022**

Fecha firmada