



## Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 01/10/2023

### INFORMACION DEL PACIENTE #

WESTSTAR LORENA QUEZADA LARA

Nombre:	LORENA QUEZADA LARA	SSN:	999-99-9999
Direccion:	11742 209TH STREET APT A	Sexo:	F
Ciudad,Expresar Zip	LAKEWOOD,CA,90715	FDN:	09/14/1987
Teléfono	(562)342-8874	Edad:	35
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

### INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	07/01/2021	Post-cirugia:	
Tipo:	WC	FDC:	

### DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	ISEKE, HAROLD	Partes del cuerpo:	
Direccion:	3711 LONG BEACH BLVD STE 200		
Ciudad,Expresar Zip:	LONG BEACH, CA, 90807		
Teléfono:	(562) 980-0655	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.

---

LORENA QUEZADA LARA, Paciente

**01/10/2023**

---

Fecha firmada