



Information du patient et autorisation de traitement

Fecha: 12/28/2022

INFORMACION DEL PACIENTE

WESTSTAR JOON HO KIM

Nombre:	JOON HO KIM	SSN:	999-99-9999
Direccion:	922 N WALNUT ST UNIT 4	Sexo:	M
Ciudad,Expresar Zip	LA HABRA HEIGHTS,CA,90631	FDN:	09/16/1963
Teléfono	(213)703-4900	Edad:	59
Telé trabajo:		Email:	
Telé celular:			

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

FDA:	07/29/2022	Post-cirugia:	
Tipo:	PI	FDC:	

DOCTOR QUE REFIRIO AL PACIENTE INFORMACIÓN

Nombre:	KOLPIN, EDWARD	Partes del cuerpo:	
Direccion:	6850 LINCOLN AVE STE 105		
Ciudad,Expresar Zip:	BUENA PARK, CA, 90620		
Teléfono:	(714)988-9100	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.

JOON HO KIM, Paciente

12/28/2022

Fecha firmada