

California

USA

IDENTIFICATION  
CARD

FEDERAL  
LIMITS  
APPLY



ID **F1495631**

EXP **08/21/2023**

LN **MARTINEZ**

FN **BRIAN A CORNEJO**

974 S NEW HAMPSHIRE AVE APT 4  
LOS ANGELES, CA 90006

DOB **08/21/1993**



08211993

*Brian A. Cornejo*

SEX **M**

HAIR **BLK**

EYES **BRN**

HGT **6'-01"**

WGT **150 lb**

ISS

DD **07/26/2018**

ISS **07/26/2018**

DD **07/26/2018**

ISS **07/26/2018**

## Formulario de Informacion de Contacto de Emergencia

Esta informacion sera extremadamente importante en caso de un accidente o emergencia medica.  
Por favor, asegurese de firmar y fechar este formulario.

### Informacion de Empleado

Nombre: Cornejo Martinez Brian Alexander  
Apellido Nombre MI

Tel #1: (213) 446-9747  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Email: KtownBrian24@gmail.com

Direccion: 974 S. New Hampshire ave #4 Los Angeles CA 90006  
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

### Informacion de Emergencia

Primaria Nombre de Emergencia: Martinez Rosa  
Apellido Nombre

Relacion: Mother

Tel #1: (213) 446-9746  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Secundario Nombre de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Relacion: \_\_\_\_\_

Tel #1: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Tel #2: \_\_\_\_\_  Cell  Casa  Otro, Si otro explique: \_\_\_\_\_

Hospital Local Preferido: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ Policy#: \_\_\_\_\_

Comentario (incluya cualquier informacion medica o personal especial que le gustaria que supiera un proveedor de atencion medica o informacion de contacto especial):

Firma: 

Fecha: 11-20-18