

Eastern Idaho Endodontics
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La siguiente información es necesaria para el tratamiento adecuado y se mantendrá
confidencial

(Sr, Sra, Srta, Dr)Primer Nombre: _____ Apellido: _____

MI _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de telefono: _____

Numero Alternativo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

SSN: _____

Contacto de emergencia: _____

de telefono de contacto _____ Relacion al paciente: _____

Nombre de su Dentista: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Por favor, dale a su recepcionista su tarjeta de seguro dental para tomar copias (Si usted tiene un
seguro secundario, por favor dé las dos tarjetas a la recepcionista) Compañía de
seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

Relacion al paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

De Identificación: _____ # De Grupo: _____

Persona responsable de cuenta / finanzas _____

* Las prácticas de PRIVACIDAD DE HIPAA: Soy consciente del Aviso de Prácticas de Privacidad y era
presentado/a una oportunidad para revisar lo: **INICIAL:** _____

**TODA LA INFORMACIÓN ESCRITA ES VERDADERA Y COMPLETA AL MEJOR DE MI
CONOCIMIENTO**

FIRMA: _____ **FECHA:** _____