

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 _____

SI, USTED VIVE EN JACKSON WY SE REQUIERE SU CAJA POSTAL

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Número Alternativo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer SSN: _____

Contacto de emergencia: _____

de teléfono de contacto _____ Relación 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: _____

Relación 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:** _____