

**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: \_\_\_\_\_

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:** \_\_\_\_\_