



Treasure Valley Gastroenterology Specialists

**Raquel Croitoru, M.D.**

Board Certified Gastroenterology  
Fellow American College of Gastroenterology

### Informacion Del Paciente

Fecha Completado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Esposo o entidad responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En estados de emergencia por favor notifique a : \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Medico primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Como cortesia** vamos a facturar a su compania de seguros primaria y secundaria si se proporciona **todas** informacion necesaria (por ejemplo, tarjetas de seguro y / o completado y firmado los formas de reclamacion si su compania to requiere y su correct direccion de envio. Copagos y costos compartidos son recogidos por cada visita. **Cobramos \$35.00 para todos regresaron cheques.**

Firma del paciente o guardian: \_\_\_\_\_

*Para fines de facturacion necesitamos esta forma de ser totalmente terminada. Nos reservamos el derecho de reprogramar las citas por formas incompletas o tardanza. Gracias por su cooperacion. Si alguna informacion cambia debenrellena una nueva forma.*

*Informacion verificada (fecha/iniciales)*
