

OFFICE USE:

CHART NUMBER _____ STAFF INITIALS _____ TODAY'S DATE _____



Bienvenidos a Dientes

Esperamos que su visita sea una experiencia placentera.

Aquí tiene cómo nuestra clínica opera

Quiénes somos: Dientes es una organización privada sin fin de lucro. No somos una clínica gubernamental ni somos propiedad de un dentista particular. Una junta directiva compuesta por voluntarios es responsable por la operación y el financiamiento de la clínica.

Nuestra misión: Crear salud oral duradera para los niños y adultos del Condado de Santa Cruz y las comunidades vecinas que generalmente no reciben atención dental.

Quiénes son elegibles para los servicios de Dientes:

- Las personas que tienen seguros públicos tales como Medi/Denti-Cal, Healthy Families o Healthy Kids.
- Las personas remitidas por programas especiales, como Homeless Persons Health Project (Programa de Salud para Personas Indigentes), E.I.S, etc.
- Las personas con escasos recursos. Definimos de escasos recursos a las personas cuyo ingreso no es más de lo doble del Nivel federal de pobreza (Véase las Pautas de ingreso). Necesitaremos comprobar el ingreso con documentos tales como la declaración de impuestos sobre la renta, talones de cheque, cheque de desempleo, determinación de discapacidad o cheque de seguro social.
- Personas con seguro dental privado NO pueden ser pacientes de Dientes.

Qué hacemos: Brindamos servicios dentales básicos tales como: exámenes, rayos x, limpiezas, tratamientos de fluoruro, empastes, coronas, dentaduras, algunos conductos radiculares y tratamiento de urgencias. No proveemos: ortodoncia, cirugía de las encías, extracciones y conductos radiculares complejos u odontología cosmética. Para estos procedimientos se le referirá a especialistas. .

Condiciones de pago: Nuestra póliza de pago es que se deberá pagar al recibir la atención dental.

Nuestra póliza de citas: Atendemos a los pacientes con cita previa, de la misma manera que otros despachos privados.

- No se permite que los niños acompañen a los padres/adultos a la cita.
- Requerimos que se llegue a tiempo.
- **Es la responsabilidad del paciente confirmar su cita no mas tardar de las 12:30pm el dia antes de su cita.** Intentaremos hacerle una llamada de cortesía para recordarle su cita.
- Puede confirmar la cita durante horas de oficina o dejar un mensaje en nuestro correo de voz en funcionamiento las 24 horas del día.
- Si no confirma la cita podría perder su cita programada.

Si falta a 2 citas programadas en un plazo de seis meses sin dejarnos saber debidamente, le daremos sus citas a otras personas que son más fiables y lo tendremos que poner en un periodo de prueba por 6 meses. **Si falta a otra cita después de estar en período de prueba, será dado de baja de nuestra clínica.**

Respeto mutuo: Estamos dedicados a proveerle odontología de alta calidad de una manera profesional, cortés y respetuosa. Esperamos que usted brinde la misma cortesía y respeto a nuestros empleados. **Si no cumple con estas normas, tenemos el derecho de negar servicios a cualquier paciente. Si tiene alguna preocupación acerca de su tratamiento dental, puede presentar tal preocupación por escrito y se lidiara con ésta como sea pertinente. También tenemos una encuesta de satisfacción del paciente para que nos otorgue sus comentarios.**

He leído esta hoja y entiendo cómo opera la clínica Dientes.

Firma del paciente

Fecha

BIENVENIDOS A DIENTES

¡Los beneficios de una sonrisa saludable son incontables! Ayudarle a mantener la mejor salud oral es nuestra misión. Favor de llenar los formularios completamente. Al comunicarnos mejor le brindamos una mejor ayuda.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Domicilio: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento
(Ciudad y Estado)

Número de Seguro Social Hombre Mujer

Farmacia de preferencia _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

*Por favor proporcione copia de tarjeta de seguro y Identificación con foto.

de Medi-cal _____

de Healthy Kids _____

Efectivo (El pago se espera en el momento del servicio)

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Domicilio: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono casa Teléfono celular

Número del Seguro Social # de Licencia de Manejar

CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencias, llamar a...

Nombre

Parentesco

Teléfono

La siguiente información es **opcional**. Dientes Community Dental Care es una organización sin fines de lucro. La siguiente información se nos pide recopilar para fines de distintas subvenciones que nos permiten seguir prestando atención dental de calidad y a precios bajos. Agradecemos su cooperación para contestar las preguntas siguientes. Si tiene dudas, pregunte a la recepcionista.

RAZA E IDIOMA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Afro-americano | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o esquimal | |

¿Cuál es su idioma primario? _____

INFORMACIÓN ESCOLAR

Escuela _____ Grado _____

Maestro _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA

- Rento solo
- Rento con otras personas
- Tengo casa propia
- Me estoy quedando con amigos /o familiares por menos de seis meses
- Rento cuarto de Hotel
- Me quedo en refugio o programa
- Participo en un programa de viviendas transitorias
- Me quedo en mi auto, campamento o en las calles
- Centro de Atención

EMPLEO

- Empleador: _____
- Trabajador del campo Desempleado

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

HISTORIAL MÉDICO

CIRCULE LA RESPUESTA APROPIADA

- ¿Tiene el niño/a buena salud en general?..... SÍ NO
¿Se encuentra el niño actualmente bajo tratamiento médico?..... SÍ NO
Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Por qué? _____
Nombre del médico _____
¿Toma el niño algún medicamento?..... SÍ NO
¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
¿Ha tenido el niño alguna enfermedad seria?..... SÍ NO
¿Cuándo? _____ ¿Qué tipo? _____
¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos u otros medicamentos?.. SÍ NO
¿Tiene el niño alguna alergia?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño alguna cirugía?..... SÍ NO
¿Se contempla la cirugía?..... SÍ NO
¿Sufre el niño de hemorragias profusas?..... SÍ NO
¿Padece el niño de desórdenes nerviosos?..... SÍ NO
¿Desmayos?..... SÍ NO
¿Mareos?..... SÍ NO
¿Ha padecido el niño hepatitis A, B o C?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño alguna transfusión de sangre?..... SÍ NO
¿Se le ha hecho al niño una prueba de la tuberculosis?..... SÍ NO
¿Se le ha hecho al niño la prueba de VIH?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño problemas de (encierre en un círculo las respuestas apropiadas)
diabetes, soplo en el corazón, asma, infecciones de hígado, fiebre reumática,
infección en el oído SÍ NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVEIDA EN ESTE FORMULARIO ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

Favor de firma abajo UNICAMENTE si autoriza a su hijo/a entre 12-18 años a ser tratado/a sin padres/guardianes presentes:

AUTHORIZACIÓN:

Yo autoriza a mi hijo/a _____ a recibir tratamiento sin que yo este presente a su cita. El numero de mi celular es _____

Firma de padre/guardian

Fecha

INFORMACIÓN DE HISTORIA MEDICA



- **Aviso sobre las practices de privicidad y recibo de materials dentales**

Yo, _____ he recibido una copia de Aviso sobre las prácticas de privicidad.

Firma del paciente

Fecha

- **El reconocimiento del recibo de la nota de materiales dentales.**

Yo, _____, reconozco que he recibido una copia de los materials dentales.

Firma del paciente

Fecha

- **Fotos consentimiento:**

Yo, por lo tanto autorizo y doy mi consentimiento completo a La Clínica Dental de la Comunidad Dientes a fotografiar/tomar video de mi niño o de mi mismo y tener derecho de autor, reproducir y publicar esas imágenes fotográficas para cualquier y toda publicación, exposiciones, y publicidad, sin limitación o reservación o cualquier otra compensación que se reconoce en este medio.

SI acepto

NO acepto

Firma del paciente

Fecha