



# Bienvenidos a Dientes en Commercial Way

## 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.
- 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. 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. Comprobante de ingresos, será requerido cada enero y julio.
- 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.

## Proveedores de nivel medio:

Utilizamos proveedores de nivel medio como RDA-EFs e higienistas que están entrenados y licenciados. Como paciente de Dientes, necesita saber que algunas partes de su tratamiento pueden ser realizadas por proveedores de nivel medio.

## Condiciones de pago:

Pago es que se deberá pagar al recibir la atención dental. Nuestras escalas de ingresos son sujeto a cambiar cada año.

## Nuestra póliza de citas:

- Atendemos a los pacientes con cita previa y requerimos que se llegue a tiempo, a lo menos 10 minutos antes.
- **Es la responsabilidad del paciente confirmar su cita no mas tardar de las 12:30pm el dia antes de su cita. Citas en lunes, tiene que confirmar para el sabado previo no mas tardar de las 12:30pm.**
- Intentaremos hacerle una llamada de cortesía para recordarle su cita, pero 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, esta en riesgo que sea cancelada. Si falta a 2 citas programadas (si no llega a la cita o no nos da aviso suficiente de 24 horas o mas) será puesto en probacion por un plazo de un año. Si falta a otra cita durante su probación, será despedido de la clínica.**
- No se permite que los niños acompañen a los padres/adultos a la cita.

## Fuera de Horas:

Si tiene una emergencia dental cuando estemos cerrados, por favor visite a la clínica de urgencias o sala de emergencias más cercana a usted.

## 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.

**Si el paciente es menor de 18 años, padre o guardian necesita firmar**

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
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.

## INFORMACION DEL NINO/A PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Nombre                      M

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento                      Numero de Seguro Social

Hombre                       Mujer

## INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Nombre                      M

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa                      Teléfono celular

¿Permiso para dejar mensaje detallada?                       Si                       No

## Farmacia de preferencia

## Contacto de Emergencia

¿En caso de emergencia, llamar a?

\_\_\_\_\_  
 Nombre                      Teléfono                      Parentesco

*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.*

## SITUACION DE VIVIENDA

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rento solo               | <input type="checkbox"/> Me quedo en un refugio o programa            | <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Rento con otras personas | <input type="checkbox"/> Participo en programa vivienda transitoria   | <input type="checkbox"/> Sin hogar         |
| <input type="checkbox"/> Tengo casa propia        | <input type="checkbox"/> Me quedo con familiares/amigos 6 Meses o mas |  |
| <input type="checkbox"/> Rento cuarto de hotel    |   |  |

## RAZA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico/ Blanco    | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo     |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino     | <input type="checkbox"/> Islas de Pacifico   |
| <input type="checkbox"/> Áfrico americano     | <input type="checkbox"/> Multi Racial        |
| <input type="checkbox"/> Asiático             | <input type="checkbox"/> Otro                |
| <input type="checkbox"/> Indigencia Americano | <input type="checkbox"/> Se negó especificar |

## Veterano

- Si  
 No  
 Se negó especificar

## Etnicidad

- Hispano/ Latino  
 No Hispano  
 Se negó especificar

## Orientación Sexual

- Homosexual o Lesbiana  
 Heterosexual  
 Bisexual  
 Otro  
 No se  
 Se negó especificar

## Identidad de Genero

- Se negó especificar  
 Masculino  
 Femenino  
 Transgénero Hombre/ Mujer-a-Hombre  
 Transgénero Mujer/ Hombre-a- Mujer

# INFORMACION DE HISTORIA MEDICA

Por favor de marcar las condiciones que apliquen al menor:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH                    | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C                     |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales       | <input type="checkbox"/> VIH                                 |
| <input type="checkbox"/> Alergias, otras: _____      | <input type="checkbox"/> Bolichos                            |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                    | <input type="checkbox"/> Migrañas/ Dolores de Cabeza         |
| <input type="checkbox"/> Aspergeros                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés post-traumático |
| <input type="checkbox"/> Autismo/ en Espectro        | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado       | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia                       |
| <input type="checkbox"/> Bipolar                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones                        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Trastornos Sensoriales              |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral          | <input type="checkbox"/> Apnea Del Sueno                     |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Cromosómico       | <input type="checkbox"/> Cirugía                             |
| <input type="checkbox"/> Dificultades Cognitivas     | <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Fecha: _____            |
| <input type="checkbox"/> Depresión                   | <input type="checkbox"/> Terapias (Física, etc.)             |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Del Desarrollo   | <input type="checkbox"/> Amígdalas Retiradas                 |
| <input type="checkbox"/> Retrasos De La Alimentación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Endocrinos       | <input type="checkbox"/> Tumores (No-Cancerosos)             |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Genéticas       |  |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Del Corazón     |  |

Silla De Ruedas:

Si Puede transferir solo

No Puede Transferir Solo

N/A

Cirugía: Si

No

Fecha y Razón: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

**AUTHORIZACION:**

Yo autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a recibir tratamiento sin que yo esté presente a su cita. Mi número de celular es \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



- **Aviso sobre las practicas de privacidad**

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de Aviso sobre las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

-----

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

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de los Materiales Dentales.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**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**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

---

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

---

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales de reputación no pueden garantizar resultados. Yo reconozco que no se ha hecho garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable de la atención odontológica que me ha prestado. Por la presente autorizo a cualquier médico o auxiliares de odontología de Dientes Clínica Dental de la Comunidad a proceder y realizar las restauraciones dentales y tratamientos como me explicó. Entiendo que esto es sólo una estimación y está sujeto a modificaciones dependiendo de las circunstancias imprevistas o no diagnosticable que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, yo soy responsable por el pago de los honorarios dentales.

En caso de surgir cualquier disputa sobre el servicio dental proveído, es decir, si cualquier servicio dental es considerado como innecesario, no autorizado o fue inadecuado, negligente o incompetente a cabo, dicha disputa será sometida a Dental Advisory Commitee. La decisión de Revisión será vinculante para ambas partes. He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo anterior. Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será válida y eficaz como el original siempre. Soy mayor de edad y legalmente competente para hacer esta tarea.

**Permiso concedido para la revisión de registros médicos.**

**Firma** \_\_\_\_\_

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

---