



Registro para el Programa Dental de Adultos

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número principal: (____) _____ - _____ Otro: (____) _____ - _____

¿Quién lo refirió a la clínica? _____

Raza/Etnia:

____ Caucásico Blanco (no de origen Latino) ____ Asiático o las Islas Pacíficas ____ Indígena americano o nativo de Alaska ____ Africano Americano/Negro (no de origen Latino) ____ Mediorienta ____ Hispano/Latino ____ Multirracial ____ Otro

El seguro (marque uno): ____BadgerCare/Medicaid ____Sin Seguro Cabeza de familia: (circule uno) Sí o No

Estado Civil del paciente: ____Soltero/a ____Casado/a ____Viudo/a ____Divorciado/a ____Separado/a

Estado de vivienda: ____ propietario/a de su propio hogar ____ alquilar ____ amigos/familia ____ albergue/calle
____ centro de rehabilitación/hogar de grupo

Si no tiene hogar actualmente, ¿Qué causó eso?:

____Desempleo ____Desalojo ____Pérdida de beneficios ____Violencia domestica ____ liberado de la cárcel
____liberado de un centro de tratamiento ____otra razón: _____

Autorización dejar información importante de la salud:

A menudo es necesario de personal de CSD comunicarse con nuestros pacientes en relación con el tratamiento dental y otra información medical protegida.

La siguiente persona tiene mi permiso discutir mi(s) condición (es) de mi salud o tomar decisiones de parte de mí:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Número de teléfono: _____



Reglas de la Clínica

1. Reconozco que he tenido la oportunidad de repasar una copia del Aviso de la Póliza de Confidencialidad del CSD y Los Derechos y Responsabilidades del Cliente de CSD, los cuales están expuestos en la sala de espera.
2. Cualquier cancelación que se reciba **con menos de 24 horas antes de la cita, será contada como cita perdida.** Si su hijo/a esta enfermo/a el día de su cita, por favor llame a la clínica para reprogramar la cita para otra fecha.
3. Los correos de voz dejados por un empleado de CSD deben ser respondidos al más tardar 1 pm el día antes de la cita programada sino la cita será cancelada.
4. Los pacientes son responsables de actualizar su número de teléfono. CSD cancelará citas a pacientes con números desconectados.
5. Pacientes que llegan más de 10 minutos tarde a una cita o no cumplan con una cita programada perderán el privilegio de participar en el programa para adultos. Los pacientes con una cita perdida por una emergencia personal podrán traer documentación apropiada comprobando la cita perdida. En este caso, no será considerado una cita perdida.
6. Los pacientes sin seguro tendrán que traer pruebas de ingresos y domicilio a todas las citas. Los que tienen un Forward Card tendrán que traer la tarjeta a todas las citas.
7. Certifico que la información que he dado es la verdad. Autorizo a esta clínica a verificar mi sueldo. Esta información se usará solamente como documentos, archivados en un lugar seguro y en forma confidencial.
8. Me han informado y entiendo que los servicios/tratamientos dentales pueden ser hechos por un estudiante bajo la supervisión de un dentista con licencia
9. Entiendo que se requieren copagos para todas las citas y es preferido con tarjeta de crédito/debito.
10. Les doy permiso a CSD para compartir mi información dental con otras fuentes de referencia.
11. He revisado y firmado el formulario de CSD consentimiento de fotos y doy permiso para que CSD me fotografíe.
12. Yo entiendo que incumplimiento crónico (falta de cooperación con el plan de tratamiento dental) o conducta irrespetuosa hacia el personal resultará en la terminación de servicios en CSD.
13. Entiendo que CSD tiene derecho a negarse a proveer tratamiento a mi hijo/a si se presenta a la clínica con algún síntoma o señal de enfermedad/condición médica que pueda perjudicar la salud de otros pacientes o los empleados de la clínica. La cita será reprogramada para otra fecha ya que el/la paciente no será atendido/a cómo se había previsto.

Certifico que la información anterior es verdadera. He leído y he comprendido las políticas e información de tratamiento de CSD.

Firma: _____ Fecha: _____