



REGISTRATION FORM

Apellido del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

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

El seguro dental: (circule uno): Seguro / No seguro

¿Quién refirió al paciente a la clínica? _____

Raza/Etnia:

____ Indígena Americano o Nativo de Alaska ____ Hispano/ Latino ____ Blanco (no de origen Latino)
____ Asiático o de las Islas Pacíficas ____ Africano/Americano/Negro (no de origen Latino) ____ Otro

Información de los padres si los niños son menores de 18 años de edad.

Nombre de los padres/tutores: _____ parentesco: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba): _____

Nombre de los padres/tutores: _____ parentesco: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba): _____

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 avisar y reprogramar la cita para otra fecha.
3. Se requiere una confirmación antes de la una de la tarde el día anterior a la cita. De lo contrario, la cita será cancelada.
4. Los pacientes tienen la responsabilidad de avisar a CSD de cualquier cambio a su número de teléfono. **CSD cancelará citas de números desconectados.**
5. **Una cita se considera perdida cuando el/la paciente falta a la cita o llega más de 10 minutos tarde La primera cita perdida puede ser reprogramada dentro de seis meses. Dos citas perdidas dentro de dos años resultará en terminación de servicios por CSD.**
6. **Los pacientes que son “despedidos” pueden permanecer “despedidos”.**
7. Los pacientes que pierden una cita por una emergencia pueden traer la documentación apropiada para ser restablecidos como paciente.
8. Los pacientes sin seguro dental tendrán que traer pruebas de ingresos y domicilio. Los que tienen una tarjeta médica “FORWARD”, tendrán que traer la tarjeta a todas las citas.
9. Autorizo que esta clínica verifique mi sueldo. Esta información será archivada en un lugar seguro y confidencial.
10. Me han informado y entiendo que los servicios/tratamientos dentales pueden ser hechos por un estudiante bajo la supervisión de un dentista con licencia.
11. Yo entiendo que los niños menores de 18 años de edad tienen que estar supervisados por sus padres/tutores. entiendo que cualquier adulto que trae un menor a una cita debe permanecer en la sala de espera durante la cita por medidas de seguridad y póliza de la clínica.
12. Yo entiendo que **el deducible(copago) se requiere en cada cita. Si es posible, los pagos con tarjeta son preferidos.**
13. Doy permiso a CSD de compartir mi información dental con otras clínicas dentales que usan para referirme .
14. He revisado y firmado el formulario de consentimiento fotográfico de CSD. Doy permiso a CSD de fotografiarme a mi y a mi niño/a.
15. 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.

For office use only: Date of First Appointment: _____ Location: Waukesha/Menomonee Falls Co-Pay Amount \$30 / \$35 / \$40

16. Entiendo que la cita de mi hijo/a será cancelada sin aviso, si es que el distrito escolar cancela las clases por mal clima según la póliza de mal clima implementada por CSD.
17. 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 que he dado es la verdadera. He leído y he comprendo las normas de CSD e información de tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

DISPONIBILIDAD DE LAS CITAS

Los pacientes nuevos serán llamados a base de cancelaciones. Para servirle mejor, trataremos de adaptarnos a su horario. Por favor indique los días y las horas que su hijo está DISPONIBLE para una cita y trataremos de llamarle cuando haya una cita disponible los días y horas de su preferencia.

Nombre de padre/tutor: _____ número de teléfono: _____

Nombre de padre/tutor: _____ número de teléfono: _____

Nombre de hijo	Fecha de nacimiento y edad	Número de Medicaid/ Forward ID #

Por favor circular los mejores días y horas está disponible para una cita de nuevo paciente.

Nuestro horario de la clínica son: lunes – jueves 8:00 AM – 4:30 PM y viernes 8:00 AM – 2:00 PM

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
AM	AM	AM	AM	AM
PM	PM	PM	PM	PM

Notas: _____

****El padre/tutor tiene la responsabilidad de contactar a la clínica si hay algún cambio de información o si el paciente no ha recibido una cita 90 días DESPUÉS del día de registro.****

For office use only:

1st attempt: _____ 2nd attempt: _____ 3rd attempt: _____