



## 2023 Registro para el Programa Dental de Adultos

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Celular/Primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a la clínica? \_\_\_\_ Doctor de cabecera \_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_ Internet \_\_\_\_ Otra clinica dental  
\_\_\_\_ Seguro Médico \_\_\_\_ Familia o Amistad \_\_\_\_ Iglesia \_\_\_\_ Agencia de servicios sociales

¿Idioma que se usa en la casa? \_\_\_\_ Español \_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_ Hmong \_\_\_\_ Varias idiomas  
Otra idioma: \_\_\_\_\_

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

### 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/débito.
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: \_\_\_\_\_