



## 2023 REGISTRATION FORM

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

El seguro (marque uno): \_\_\_\_\_ BadgerCare/Medicaid \_\_\_\_\_ Sin Seguro

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

¿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

### 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.

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

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.
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: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR/FILMAR Y DIVULGAR**

Por la presente, autorizo a Community Smiles Dental ("CSD"), sus empleados, voluntarios, afiliados o agentes a fotografiar, filmar, producir otro tipo de material ilustrativo y/o realizar grabaciones de audio (colectivamente, las "Grabaciones") a mí y a mis niños nombrados más abajo en conexión con Community Smiles Dental.

Además, autorizo a CSD a usar y/o reproducir tales Grabaciones/fotografías, en su totalidad o en parte para propósitos científicos, educacionales e informativos de CSD, incluyendo, pero no limitado al uso de cualquier información de CSD disponible en red.

Por la presente, libero a CSD, sus empleados, afiliados o agentes de cualquier reclamo y demanda que surja de, o en conexión con el uso de sus Grabaciones conforme a este acuerdo, incluyendo pero no limitado a cualquier reclamo, difamación o invasión de la privacidad.

Por la presente, represento que tengo la autoridad apropiada para ejecutar este acuerdo y que entiendo completamente el contenido del mismo.

---

**Nombre (s) de los niños (en letra de imprenta)**

---

**Padre / tutor (en letra de imprenta)** **Fecha**

---

**Firma de los padres / tutor**

No quiero que se me grabe