



## 2026 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 que el personal de CSD se comunique con nuestros pacientes sobre el tratamiento dental y otra información médica protegida.

La siguiente persona tiene mi permiso para 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

### **HIPAA/Consentimiento para el Tratamiento**

1. Reconozco que tengo la oportunidad de solicitar y repasar una copia del Aviso de la Póliza de Confidencialidad de CSD y Los Derechos y Responsabilidades del Cliente de CSD.
2. Al firmar este formulario, le otorgó autorización a Community Smiles Dental para que realicen el tratamiento dental que necesito. Entiendo que CSD mandará la factura del tratamiento proveído al seguro médico y que se hará uso de mi historial dental según lo que necesite el seguro médico para poder hacer el cobro.
3. Me han informado y entiendo que los servicios/tratamientos dentales pueden ser hechos por un estudiante bajo la supervisión de un dentista con licencia
4. Le doy permiso a CSD para compartir mi información dental con otras fuentes de referencia.

### **Confirmación de Citas y Asistencia**

5. Cualquier cancelación que se reciba **con menos de 24 horas antes de la cita, será contada como cita perdida.** Si está enfermo/a el día de su cita, por favor llame a la clínica para reagendar la cita para otra fecha.
6. Un sistema de comunicación electrónico mandará mensaje de texto o correo electrónico para confirmar mis citas odontológicas. Las citas deben de confirmarse antes de la 1 pm el día antes de la cita. De lo contrario la cita será cancelada.
7. Los pacientes son responsables de actualizar su número de teléfono. CSD cancelará citas a pacientes con números desconectados.
8. Pacientes que lleguen 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.
9. 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.

### **Facturación al seguro+No asegurados/ Calificar a Base de Ingresos**

10. Los pacientes sin seguro tendrán que traer pruebas de ingresos y domicilio a todas las citas. Los que tienen una tarjeta Forward, tendrán que traer la tarjeta a todas las citas.
11. Entiendo que **el deducible(copago) se requiere en cada cita. Si es posible, los pagos con tarjeta son preferidos.**
12. Autorizo a CSD a verificar mis ingresos. Esta información se usará solamente como documentos, archivados en un lugar seguro y en forma confidencial.

### **Seguridad**

13. 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.
14. 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 comprendo las políticas e información de tratamiento de CSD.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_