

POLITICA DE TRATAMIENTO

- Entiendo que puedo ser paciente de Marian Clinic Dental solo si no poseo ningun tipo de seguro dental. Entiendo que un dentista con licencia que es empleado o voluntario y al cual le ayuda un asistente dental verá las pacientes. Tambien puedo ser atendido por una higienista dental. Doy permiso para que se evalúe y trate a mí o al menor que aquí se menciona por el personal dental.
- Entiendo que debo proveer información correcta al llenar los formularios incluyendo prueba de ingresos.
- Entiendo que si el paciente llega con 15 minutos de retraso a la hora de su cita, ésta será cancelada.
- Entiendo que en caso de cancelar o cambiar la cita tengo que llamar con 24 horas de anticipación. De no hacerlo habrá un cargo de \$10 por faltar a la cita y no se hará cita nueva hasta pagarlo.
- Entiendo que en caso de que el paciente sea menor de 18 anos un adulto lo deberá acompañar. Entiendo que solamente se permite la presencia de empleados en áreas de tratamiento y que debo proveer cuidado para mis hijos mientras me están tratando. Entiendo también que los niños no pueden estar sin supervisión en la sala de espera.
- Estoy de acuerdo en pagar los servicios recibidos de acuerdo a la escala de ingresos que el Centro utiliza para calcular mi elegibilidad.
- Entiendo que el Centro puede suspenderme los servicios en caso de:
 - Faltar a dos citas sin avisar para cancelar
 - Comportamiento abusivo o intimidante o que represente peligro
 - No seguir las instrucciones del dentista que se han dado para mi beneficio
- Entiendo que suspenderme significa no recibir tratamiento en el Centro.
- Entiendo que el Centro no se responsabiliza de pagar por ningun servicio fuera de los que aquí se proveen tal como visitas médicas de emergencia, medicamentos o artículos para la salud.
- Entiendo que todos los expedientes se mantienen con confidencialidad en su uso por el personal del Centro y que mi consentimiento escrito es requerido para dar cualquier información a otra persona o agencia por el Centro excepto en situaciones como casos de orden judicial, abuso infantil o casos de vida o muerte. El personal está obligado por ley a reportar casos donde se sospeche abuso infantil o adultos incluyendo negligencia, abuso emocional, físico o sexual.
- He leído lo arriba expuesto y así lo entiendo o alguien me ha explicado lo que no entendía. Estoy de acuerdo con las condiciones expuestas y estoy dispuesto a proveer información sobre mí persona para poder recibir tratamiento.

Firma de paciente o representante legal _____ **Fecha** _____

MARIAN CLINIC

healthier lives for the uninsured

MARIAN CLINIC DENTAL REGISTRATION

Apellido _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____
 Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento _____ #SS _____
 Direccion física _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____
 _____ Telefono _____ Lugar donde trabaja _____
 _____ Si paciente es menor de edad nombre del padre o representante legal _____
 _____ Relacion con paciente _____
 Es el pacinete: Caucastico ___ Hispano ___ Afro-Americano ___ Asiatico ___ Indio-Americano ___
 Es el paciente: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Separado ___ Menor de edad ___
 Si casado nombre del conyuge _____

Por Que el paciente necesita tratamiento aqui en el Centro Dental? (Marque todas las que apliquen):

- No es elegible para programas de Medicaid, MediKan o beneficios de Veteranos
 No posee ingresos en este momento
 No puede pagar seguro dental en este momento
 Patron no ofrece seguro dental
 Patron ofrece seguro dental pero resulta demasiado costoso
 Posee seguro medico pero no incluye dental

Mencione todas las personas que vivan con usted incluyendo al paciente:

Nombre	Edad	Relacion con paciente	Lugar de Trabajo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mencione TODAS sus fuentes de INGRESO BRUTO MENSUAL por familia

	Cantidad
a) Empleo(incluya propinas)	_____
b) Empleo(incluya propinas)	_____
c) Compensacion por Desempleo	_____
d) Indemnizacion por accidente o enfermedades del trabajo	_____
e) Ayuda temporal a familias necesitadas(TANF)	_____
f) Pension alimenticia(cantidad mensual que recibe de su ex-esposo para hijos)	_____
g) Pension por divorcio	_____
h) Beneficios de Seguro Social	_____
i) Beneficios de asistencia publica(Welfare)	_____
j) Ayuda de amigos o familiares que no viven con usted	_____
k) Dinero que recibe de amigos y familiares que viven con usted	_____
l) Dinero que recibe de amigos o familiares para pagar parte de las utilidades(agua, luz, ect.)	_____
m) Otros ingresos	_____

TOTAL _____

Esta informacion es completa y correcta y la proveo para poder recibir tratamiento
 Bajo el programa de Proveedor Caricativo de Salud (Charitable Health Care Provider, K.S.A. 75-6120)
 Si el Centro descubre que esta dando informacion financiera falsa intencionalmente se le denegara servicio

Firma del pacinete o representante legal _____ **Fecha** _____

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Se encuentra el paciente bajo tratamiento medico? Si No

Nombre del medico o clinica que lo atiende _____

Si se encuentra bajo tratamiento medico indique su condicion _____

Esta el pacinete tomando algun medicamento actualmente? Si No

Si toma medicamentos por favor idique cual(les) _____

MEDICO el paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones. (marque todas las que apliquen)

Problemas cardiacos(por favor explique) _____

Problemas congenitos del corazon

Soplo cardiaco

Problemas circulatorios

Alta presion(hipertension)

Anemia perniciosa

Epilepsia

Diabetes

Articulaciones artificiales

Enfermedad del pulmon

Desordenes sanguineos

Fiebre reumatica

Asma

Hemofilia

VIH/SIDA

Reacciones alergicas

Enfermedades venereas

Derrame cerebral

Sinusitis

Fatiga

Tuberculosis

Alergia a metales

Cancer(que tipo) _____

Hepatitis(que tipo) _____

Por favor idique cualquier alergia a medicamentos: _____

El paciente usa: Tabaco Café Alcohol Tabaco de mascar

Si es asi favor indicar cuanto y cuan a menudo lo consume: _____

Si en Mujer, Se encuentra embarazada? Si No

DENTAL cual es el proposito de su visita?

Necesito examen de rutina Necesito tratamiento de emergencia

Describe el problema principal que tiene: _____

Describe la salud dental del paciente: Buena Regular Pobre

Cuan a menudo el paciente se cepilla los dientes? Una vez al dia Dos veces al dia Un dia si y otro no Una vez a la semana Nunca Otra manera _____

Ha tenido el pacinete aguna de las siguientes(marque todas las que apliquen)

Reacciones a anestesia local

Mal aliento

Sangramiento de encias

Dientes quebrados o con picaduras

Dificultad al masticar

Ha perdido dientes

Descontento con apariencia dental

Rechinar o apretar los dientes

Sensitividad Dental

Dolores frecuentes de cabeza

Ganchos(braces)ortodonticos

Inflamacion de encias

Hinchazon o protuberancias en boca

Sonidos extranos al masticar o abrir la boca

Quisiera hablar con el dentista sobre algun problema no mencionado en la lista de arriba? Si No

Comentarios adicionales: _____

Autorizo al personal de la Marian Clinic Dental a que me administren medicamentos y anesteticos y para que me hagan diagnosticos y procedimientos terapeuticos necesarios para mi cuidado dental.La informacion que he dado en este formulario es correcta segun mi entender. Notificaré a la oficina de cualquier cambio en mi historial medico y dental.

Firma del paciente _____

Fecha _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Por este medio reconozco que eh recibido una copia de la Notificación sobre prácticas de Privacidad de parte de Marian Clinic Medical / Medical Clinic Dental.

_____ Fecha _____
Firma del Paciente o su representante

Nombre del Paciente o su representante: _____

Relacion con el Paciente: _____

11/02/2009 PR

Acknowledgement of Receipt - Spanish