

Solicitud de la Clínica Dental Pública Condado de Waukesha

Nombre del Paciente: _____ Sexo: Masculino / Femenino (rodee uno)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal : _____

Número del Teléfono: (____) ____ - _____ Trabajo: (____) ____ - _____

Celular: (____) ____ - _____

El seguro: (rodee uno) BadgerCare & Medicaid / No seguro

Como fue referido a la clínica? _____

Quando fue su (hijo/hija) última cita dental: _____

Estado Civil del paciente: (subraya) Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Raza/Etnia:

Negro (no de origen Latino)

Asiático o de las Islas Pacíficas

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Blanco (no de origen Latino)

Hispano/Latino

Otro

Información de los padres si los niños tienen menos de 18 años.

Nombre de los padres: _____

Dirección (si es diferente de la de arriba) _____

Relación de parentesco: _____

Nombre de los padres: _____

Dirección (si es diferente de la de arriba) _____

Relación de parentesco: _____

Reglas de la Clínica (Favor de firmar/poner los iniciales en los siguientes espacios)

Pacientes que tengan una cita perdida no podrán hacer otra cita por seis meses. La segunda cita perdida resultará en terminación de servicios por WCCDC. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

Pacientes que llamen para cancelar una cita el día anterior de la cita o los que no dejen un mensaje cancelando la cita serán considerados una cita perdida. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

Pacientes son responsables para llamar WCCDC avisándonos de un cambio de su número de teléfono. WCCDC cancelará citas para pacientes con números desconectados. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

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. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

Pacientes que lleguen diez minutos de retraso cita será cambiado a otra fecha. El segundo retraso será considerado una cita perdida. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

Pacientes sin seguridad tendrán que traer pruebas de ingresos y residencia a todas las citas. Los que tienen un Forward Card tendrán que traer la tarjeta a todas las citas. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

(Gire por favor sobre)

Solicitud de la Clínica Dental Pública Condado de Waukesha

Servicios proveídos por WCCDC

Para niños

- Exámenes de rutina y limpiezas
- Educación sobre tratamiento preventivo
- Rellenos básicos
- Coronas y tratamiento de canales

No Proveemos

- Frenos
- Sedación oral o intravenoso

Opciones de tratamientos para niños

El dentista de la clínica, estudiante o voluntario le informará a Ud. Del plan de tratamiento que sea lo mejor para el paciente, según la salud dental y medica del paciente.

Para Adultos

- Atención emergencia para dolor, infección, que incluye antibióticos y extracciones.
- No proveemos limpiezas, rellenos, o tratamiento para la dentadura postiza.

Importante:

Si Ud. Acepta que sacamos algunos o todos de sus dientes WCCDC NO proveerá los reemplazos de los dientes o las muelas con una dentadura postiza o una corona. Si acuerdas de sacar todos sus dientes para una dentadura postiza, esto será terminado después de que hayas hecho una cita con un dentista que Ud. Ha contactado para ajustarle para la dentadura postiza.

Favor de firmar/poner los iniciales en los siguientes espacios. Los PADRES deben de firmar para los que son niños.

1. Certifico que la información que he dado es la verdad. Autorizo esta clínica a verificar mi sueldo. Esta información se usará solamente como documentos, archivados en un lugar seguro y en forma confidencial.

Iniciales _____ **Fecha** _____

2. Entiendo y estoy informado que los servicios/tratamientos dentales pueden ser hecho por un estudiante de la Universidad de Odontología de Marquette y/o la Universidad Técnica de Waukesha. Ambos serán supervisados por una dentista licenciada. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

3. Yo entiendo que niños menores de 18 anos tiene que estar supervisados por sus padres. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

4. Yo entiendo que efectivo copado se requiere por cada cita. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

5. Entiendo que si falto una cita, o no cancelo con anticipación, no será atendida por seis meses en esta clínica.

Iniciales _____ **Fecha** _____

6. Doy permiso a WCCDC a sacar fotos de mi/mi niño/a. **Iniciales** _____ **Fecha** _____

He leído y he comprendido las políticas de WCCDC e información de tratamiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____