

**Formulario De Inscripción De Tri-County Community Dental Clinic**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: (subraya) Outagamie Winnebago Calumet

Número del Teléfono: (920) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Num. Trabajo:(920) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (920) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Suguro Social: \_\_\_\_\_ Seguro: \_\_\_\_\_

BadgerCare/Medicaid/Otro \_\_\_\_\_

*Raza/Etnia: (sólo un círculo)*

Negro (no de origen Latino) Asiático o de las Islas Pacíficas Hispano/Latino

Indígena Americano o Nativo de Alaska Blanco (no de origen Latino) Otro

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

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del de arriba) \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Favor de firmar/poner sus iniciales en los siguientes espacios. Los padres deben de firmar por los niños menores de edad.**

1. Certifico que la información que he dado es verdad. Autorizo esta clínica a verificar mis ingresos. Esta información se usará solamente como documentación, archivada en un lugar seguro y en forma confidencial.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. Favor de leer la póliza de las prácticas médicas (ley Hipaa). Certifico que he leído la póliza de las prácticas médicas (ley HIPPA)

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3. Entiendo y estoy de acuerdo que los servicios/tratamientos dentales pueden ser proporcionados por un estudiante dental de la Universidad de Odontología de Marquette y/o la Universidad Técnica de Fox Valley. Ambos serán supervisados por un dentista con licencia.

Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

4. Yo entiendo que todos los niños menos de 18 años, incluyendo esos en la sala de espera, deben ser supervisados por un adulto en cada visita. Niños que acompañan a pacientes adultos no se les va a permitir entrar al cuarto del tratamiento con el paciente.

Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

5. Yo entiendo que mi co-pago es requerido ser pagado en cada cita y solamente puede ser pagado en efectivo.

Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

6. Entiendo que si falto a una cita, o no cancelo dentro de 24 horas, no seré atendido por 6 meses en esta clínica.

Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

7. TCCDC podrán tomar imágenes a utilizar en sus relaciones públicas. TCCDC doy permiso para usar imágenes de la paciente en el futuro las publicaciones relativas a la clínica.

Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Servicios

1. Atención de emergencia—hinchazón y dolor severo. (Emergencias son atendidas entre las citas que ya están programadas)
2. Exámenes de rutina y limpieza de dientes para los niños (3-18)
3. Educación en cuidados preventivos
4. Empastaduras básicas
5. **No** hacemos dentaduras, puentes, parciales, coronas o frenillos.
6. **No** hacemos canales radiculares de muelas cordales.
7. **No** damos tratamiento para coyunturas temporomandibulares.
8. **No** proveemos sedación oral.
9. Nosotros **no** proporcionamos el reemplazo de los dientes extraídos con una dentadura ni un puente. Debele concuerda en tener todos los dientes quitados para dentaduras, este sólo será hecho después de que usted tenga una cita planificada con un dentista para quedarle para dentaduras.

### Opciones de Tratamiento

El estudiante o voluntario le informara de un plan de tratamiento(s) que esta en el mejor interés de su salud dental y medica. Usted puede elegir que el procedimiento sea realizado en esta clínica o puede decidir que sea hecho en otro lugar o nada más no hacerlo.

### Favor de firmar o poner sus iniciales hacia abajo.

El padre o guardián legal debe firmar por niños menores de 18 años.

He leído y entiendo la información relativa al cuidado ofrecido por TCCDC.

Nombre de paciente \_\_\_\_\_

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

-----  
**Usar de oficina**

Income \_\_\_\_\_ Co-pay \_\_\_\_\_ Forward Card Verified Y/N # \_\_\_\_\_

Last Verificartion Date: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_