

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Veré el Paquete de Bienvenida en línea en:
www.thwcinc.com

Me gustaría una copia del Paquete de Bienvenida mientras espero

Sección I				Información Demográfica					
<input type="checkbox"/> Quiero tener acceso en línea de mis Archivos Médicos		For Office Use Only							
SEGURO SOCIAL		Date		PCP #		Intergy Patient ID		Explained W.P.	
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Sufijo			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (M a F) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (F a M)		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declinado		Fecha de Nacimiento			
Sexo Al Nacer		Género Con El Que Se Identifica (18+)		Orientación Sexual (18+)		Fecha de Nacimiento			
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Polinesia <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Asiático Americano de Subcontinente <input type="checkbox"/> Más de 1 raza							
Estatus Marital		Raza							
<input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Reportado/Rehusó		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado Por Sí Mismo <input type="checkbox"/> Retirado					
Etnicidad		Idioma Primario		Employment Status					
Domicilio				Código Postal (Ciudad y Estado son determinados por el Código Postal)					
Correo Electrónico		Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo		Ext			
Teléfono Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> No Contacto		<input type="checkbox"/> Empleado de HWC <input type="checkbox"/> Referencia del Médico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Servicio de Referencia <input type="checkbox"/> Llegó sin cita <input type="checkbox"/> Directorio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro: _____		Fuente de Referencia			
Número Telefónico Preferido		Método Preferido de Recordatorio para Citas (Elija todas las que apliquen)							

Sección II				Garante (Individuo Responsable Financieramente)			
<input type="checkbox"/> Paciente es el Garante(no necesita completar el resto de la sección)		<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Compañía					
<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro		SEGURO SOCIAL					
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Sufijo	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido					
Sexo		FECHA DE NACIMIENTO		Estatus Marital			
<input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Polinesia <input type="checkbox"/> Asiático Americano de Subcontinente <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Más de 1 raza		<input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Reportado/Rehusó					
Raza (elija todos los que apliquen)		Etnicidad					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas		Correo Electrónico		Domicilio			
Idioma Primario		Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo		Ext		Teléfono Celular	

Información sobre Ingreso Familiar y Vivienda (Escala Móvil)

Sección III

*Requerimos ingreso de todos los pacientes con fines de hacer reportes gubernamentales

<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Período de Ingresos	\$ _____ Ingresos Brutos (del Período)	_____ # que Mantiene
** To qualify for a Sliding Fee, patients must provide documented proof of income (W2; Pay Stub; Tax Return; Letter from Non-Household) You have 30 days from the date of visit to turn in Proof of Income. Undocumented proof of income visits will be at 100% patient responsibility or insurance if applicable.		
<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En Transición <input type="checkbox"/> Vive con Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> No es Indigente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro Estatus de Vivienda/Indigente	<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> No Migrante Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Vivienda Pública Veterano Incapacitado

Sección IV

Información de Asegurancia del Paciente

Plan I -- FAVOR DE PRESENTARLE A REGISTRACION UNA COPIA DE SU TARJETA

Compañía Aseguradora	Número de Grupo	Pago Autorizado	Número ID del Miembro	\$ _____ Copago
<input type="checkbox"/> Use al Paciente (no necesita completar el resto del plan)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro Relación del Paciente al Suscriptor			_____ - _____ - _____ Seguro Social del Suscriptor
Primer Nombre del Suscriptor	Inicial	Apellido del Suscriptor	Sufijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sexo del Suscriptor
			____/____/____ *Fecha de Nacimiento del Suscriptor	

Plan II -- FAVOR DE PRESENTARLE A REGISTRACION UNA COPIA DE SU TARJETA

Insurance Company	Group Number	Authorize Payment	Claim Member ID	\$ _____ Copago
<input type="checkbox"/> Use Patient (no necesita completar el resto del plan)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro Relación del Paciente al Suscriptor			_____ - _____ - _____ Seguro Social del Suscriptor
Primer Nombre del Suscriptor	Inicial	Apellido del Suscriptor	Sufijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sexo del Suscriptor
			____/____/____ *Fecha de Nacimiento del Suscriptor	

Sección V

Contacto de Emergencia

<input type="checkbox"/> Use al Garante (no necesita completar el resto de la sección)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro Relación del Paciente al Suscriptor			_____ - _____ - _____ Seguro Social
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Sufijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sexo
			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro Idioma Primario	
() -	() -	Ext	() -	____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO
Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Sección VI

Padre ó Guardián (si aplica)

<input type="checkbox"/> Use al Garante (no necesita completar el resto de la sección)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro Relación del Paciente al Suscriptor			_____ - _____ - _____ Suscriptor SEGURO SOCIAL
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Sufijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Sexo
			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro Idioma Primario	
() -	() -	Ext	() -	____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO
Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Sección VII

Farmacia Preferida

Nombre de su Farmacia Preferida	Ciudad	() -	Apellido Materno (si es menor de 18 años)
		Teléfono	



EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE HWC DA LA BIENVENIDA PAQUETE

Por favor inicial al lado de cada artículo que usted ha recibido por escrito y comprende los artículos contenidos en el paquete bienvenido. Si usted en tiempo tiene preguntas pidan por favor ayuda de nuestros empleados de recepción.

_____ Facturar, el Pago, e Información de Referencia y Matrícula

_____ Derechos y Responsabilidades pacientes

_____ La Nota de consumo de Prácticas de Información de Salud (HIPAA)

_____ La Política de la medicina y Contrata

_____ Descuento Programa de Droga e Información de Repuesto

_____ La nota de la Práctica de Intimidad

_____ Paciente centrada Hogar Médico Acuerdo

Paciente o Firma Representativa de Paciente

Fecha

Imprima por favor Su Nombre

El Nombre de paciente

La Relación del representante al Paciente

For Office Use only

Providers have agreed for Registration to sign off on Medical Home Agreement.

Verification Signature

Patient # _____

Date



**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA TODOS LOS SERVICIOS
PROPORCIONADOS POR HWC.**

FECHA: _____ **HORA:** _____

1.- Yo _____, (el/la) _____ De la persona denominada anteriormente, doy consentimiento al cuidado del paciente externo a procedimientos diagnosticos, exámenes y a tratamiento medico, incluyendo (pero no limitado a) : el trabajo rutinario del laboratorio (como sangre, orina y otros estudios) ECG y la administracion de medicamento prescrito por el medico, si procede. Tambien, si aplica, el consentimiento es dado para servicios de sanidad mental, proporcionados por los medios de la familia, el grupo y/o terapia individual y al tratamiento despues de descarga.

2.- Tambien, el consentimiento es dado para exámenes realizados por los Ayudantes de Medico o otros tambien designados por el Medico, como sea necesario a criterio personal del Medico.

3.- Consiento tambien al desempeno de la cirugia secundaria, eliminacion de berrugas, suturacion de heridas, fotografias o radiografias necesarias para completar el diagnostico y para propositos de educacion, exámenes de inmunizaciones y/o para investigacion (inclusive la prueba de PPD, influenza y neumococco) para mi hijo o para mi mismo, si procede. Comprendo que solamente personal apropiadamente entrenada realizara estos procedimientos.

4.- LA LIBERACION DE INFORMACION: Autorizo a HWC a soltar informacion medica con respecto a mi salud & registros de inmunizacion a otros proveedores de la Asistencia Medica, escuelas, guarderias y tambien para el pago de reclamos al seguro medico. Aun mas, concuerdo en pagar el balance no cubierto por el segura de la manera acordada anteriormente en la revision de ingresos.

5.- LA INFORMACION AUTORIZADA PARA LIBERAR PUEDE INCLUIR REGISTROS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O UNA ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE.

6.-Comprendo que esta forma de consentimiento sera validad y quedara vigente siempre que utilice esta clinica o hasta que lo revoque por escrito.

7.- Yo por medio de la presente reconozco que he recibido y he tenido una oportunidad para hacer preguntas con respecto a la Salud y la Practica de Privacidad de las notas del Centro de Bienestar. Una descripcion completa de como sera utilizada su informacion medica en esta clinica esta en nuestra NOTA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD. Una copia esta incluida en su Paquete de Bienvenida y esta disponible tambien en la clinica.

8.- Es poliza del Centro de Bienestar proveer formas e informacion a los pacientes que eligen completar un Plan De Avance Directivo o una Orden de No Resucitar. Estas formas estan disponibles sobre pedido.

9.- Usted tiene en existencia un Plan de Avance Directivo? NO _____ SI _____ (Si lo tiene favor de proporcionarle una copia a los registros medicos de HWC)

10.- Usted tiene en existencia una Orden de No Resucitar? NO _____ SI _____ (Si lo tiene favor de proporcionarle una copia a los registros medicos de HWC)

FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES:

11.- No deseo informacion sobre los Avances Directivos/Orden de No Resucitar _____

12.- Deseo informacion sobre los Avances Directivos/Orden de No Resucitar _____

Si aplica:

1.- Comprendo que la Division de Salud Mental del Centro de Bienestar no toma llamadas de emergencia ni llamadas despues de horas. Acceso a este y su staff profesional es solamente por medio de previa cita. Estoy de acuerdo que contactare a algun Centro de Emergencia local (por ejemplo, 911, policia, ambulancia, etc.) si siento que me causare algun dano o a otra persona, en el instante de alguna emergencia fisica, psicologica o cualquier otra emergencia.

2.- Estoy de acuerdo en no conseguir acceso a una liberacion de las notas de alguna sesion de forma de informacion, ni cualquier otro documento que contiene una opinion clinica para proteger las revelaciones y justificar registros que pertenecen a mi ninio para proteger esa misma informacion de ninguna intencion no-terapeutico.

3.- Comprendo que el Centro de Bienestar no testifica en el tribunal con respecto a acciones de divorcio o custodia. Me ha sido explicado que evaluaciones de custodia que requieren de algun testimonio experto requieren de un procedimiento especifico y una relacion con el cliene que es diferente a la de una relacion terapeutica. De hecho, es poco etico para el terapeuta removeirse de su papel para dar consejo en la tribunal sobre si es apto un padre o las necesidades de un nino refiriendose a quien seria el "mejor" padre. Si se diera la necesidad de este tipo de evaluacion y testimonio, con gusto lo refeririamos a un psicologo independiente que hemos encontrado ser un experto en esta area de servicio. Debido al gran riesgo de demandas y que no queremos participar en estos casos, una fianza minima de \$1500 por medio dia o menos de la oficina aplicara, siendo que fueros requerido legalmente para testificar en algun procedimiento de la tribunal. Pedimos que respete esta frontera profesional.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Relacion del Representante al Paciente

Por favor escriba con letra su nombre.

Nombre del Paciente

Testigo a la firma

For Office Use only

Patient # _____



CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Por favor identifique a la persona o personas a las que autoriza se le libere su Informacion Protegida de Salud (ya sea informacion oral o grabada) del Centro de Bienestar de Stigler, Inc. (SHWC) Esto puede incluir a su pareja, padres, hermanos, hijos, amigos o guardianes. Por favor enliste abajo:

NOMBRE	RELACION	# TELEFONO DE CASA	# CELULAR

El Centro de Bienestar de Stigler, Inc. require de su permiso para dejar mensajes en cuanto a su Informacion Protegida de Salud (resultados de exámenes, instrucciones, citas, recordatorios, etc.)

Favor de checar las cajas apropiadas:

_____ **Si**, SHWC **puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Comentario: _____

_____ **No**, SHWC **no puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Firma del Paciente

Fecha

Escriba el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Patient #

Patient Name

Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta ser revocada.

Historial Actualizado de Salud Dental
(Dental Health History Update)

Fecha ____/____/____
(Date)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____
(Name) Last, First, M.I. (DOB) (Age)

Queja Mayor: _____
(Chief Complaint)

Historial Medico Anterior: Por favor marque con una (X) si tiene alguno(s) de los siguientes:
(Past Medical History)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis
(Arthritis) | <input type="checkbox"/> Problemas de Rinon/Vejiga
(Kidney/Bladder Problems) |
| <input type="checkbox"/> Huesos/Coyonturas Artificiales Medico: _____
(Artificial bone/joints) (Physician) | <input type="checkbox"/> Embarazo ~ Dia de Parto: ____/____/____
(Pregnant Due Date) |
| <input type="checkbox"/> Valvulas Cardiacas/Stents Artificiales Medico: _____
(Artificial heart valve/stents) (Physician) | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos
(Psychiatric Problems) |
| <input type="checkbox"/> Asma
(Asthma) | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica
(Rheumatic Fever) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Coagulacion/Sangrado
(Bleeding/Clotting Disorder) | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
(Stroke) |
| <input type="checkbox"/> Transfucion Sanguinea Fecha: _____
(Blood Transfusion) (Date) | <input type="checkbox"/> Reaccion a la Anestesia
(Reaction to anesthetic) |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Quimioterapia Medico: _____
(Cancer/Chemotherapy) (Physician) | <input type="checkbox"/> Uso de Bifosfenatos Oral/IV
(Any use of IV/Oral bisphosphonates) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cronica Pulmonar y/o Dificultad para Respirar
(Chronic Lung Disease/Difficulty Breathing) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____
(Other) |

ALERGIAS:

- (ALLERGIES)
- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina
(Aspirin) | Otro: _____
(Other) |
| <input type="checkbox"/> Codeina
(Codeine) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina
(Erythromycin) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex
(Latex) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Penicilina
(Penicillin) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina
(Tetracycline) | _____ |

Medicamentos Actuales: Nombre, Dosis, Frecuencia y Uso
(Current Medications: Name, Dose, Frequency and Use)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Transfusiones Sanguineas Previas: Si ____ No ____ Fecha _____
(Previous Blood Transfusions: Y N When?)

Cirugias/Hospitalizaciones Previas:
(Past Surgeries/Hospitalizations)

Fecha (Date)	RAZON (Reason)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Habitos: Fuma: Si, No (___ Paq. Diarios) **Tabaco Masticable:** Si, No **Cafeina:** Si, No
(Habits) (Smoking: Y N) (packs/day) (Smokeless Tobacco: Y N) (Caffeine: Y N)

Alcohol: No ___ A veces ___ Moderado ___ Mucho ___ **Consumo de Drogas Pasado/Presente:** Si, No
(Alcohol: None Occas. Mod. Heavy) (Past/Present Drug Use: Y N)

Historial Familiar: Por favor marque (X) si alguno de su familia inmediata tiene alguno de los siguientes: Por ejemplo Padres, Hermanos, Abuelos, Etc...

(Family History: Please mark (X) if any of your immediate family has any of the following: e.g. Parents, Siblings, Grandparents, Etc.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis
(Arthritis) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Estomago/Higado/Colon/Pancreas
(Disease of Stomach/Liver/Colon/Pancreas) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Coagulacion/Sangrado
(Bleeding/Clotting Disorder) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon
(Heart Disease) |
| <input type="checkbox"/> Cancer
(Cancer) | <input type="checkbox"/> Alta Presion
(High Blood Pressure) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cronica Pulmonar
(Chronic Lung Disease) | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos
(Psychiatric) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
(Diabetes) | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones
(Seizures/Epilepsy) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vejiga/Via Urinaria
(Disease of Bladder/Urinary Tract) | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
(Stroke) |

If patient requires an antibiotic prior to treatment please circle: PRE-MED

(If patient requires an antibiotic prior to treatment please circle: PRE-MED)

Firma del Paciente: _____
(Patient Signature)

Revisado por: _____
(Reviewed by)



Nota al Paciente Sobre la Responsabilidad de Pago por Servicios Dentales

Queridos Pacientes Dentales,

La clínica dental de The Health and Wellness Center no es una clínica gratuita. Para poder continuar dando servicios de calidad y mantener la viabilidad financiera de nuestro programa dental, los Pacientes que pagan en base a la Escala Móvil son responsables por lo siguiente:

1. Pagar lo que queden en su balance en su totalidad antes de recibir más cuidado que no sea de emergencia. Si su balance existente no es saldado, no podremos continuar con darle el cuidado electivo y será reagendado..
2. El pago completo se realiza al momento de su visita.
3. Para todo trabajo dental grande (dentaduras, coronas, y endodoncia), se requiere el 50% de la cuota antes de que la cita sea agendada. El 50% restante debe ser saldado al momento que se le empiece a hacer el trabajo ya sea dentadura(s), corona(s) o endodoncia(s). A los Pacientes se les notificara cuando los pagos sean necesarios para que traigan los fondos apropiados a la visita dental.
4. Entienda que no todos los servicios ofrecidos por la Clínica Dental de Health & Wellness Center son servicios incluidos en la lista de la Escala Móvil. El paciente debe de hablar con el personal dental para que ellos estén plenamente conscientes de sus responsabilidades de pago.
5. No se le negará el servicio a nadie que tenga una emergencia dental, sin importar su habilidad de pago; aunque, se recomienda el pago al momento del servicio de emergencia. Trabajo electivo relevante a su emergencia no se le comenzará hasta que estén saldados completamente sus balances.

Paciente/Padre/Guardian Firma

Fecha

Nombre del Paciente (Escrito)

Número del Paciente



El Centro de Salud y Bienestar - Clínica Dental

Acuerdo de Citas Perdidas

Nosotros lo valoramos como nuestro paciente y necesitamos su cooperación al mantener sus citas para que nosotros podamos proveer su cuidado. Al perder o cancelar una cita muy tarde significa que nosotros no podemos llenar esa cita con otro paciente que desesperadamente necesita cuidado.

Nuestra póliza requiere:

- Confirmación de la Cita: **Usted recibirá una llamada de cortesía y si usted recibe un mensaje, debe devolver la llamada para confirmar su cita.** Es su responsabilidad!! Si usted no llama para confirmar su cita, nosotros podemos cancelar su cita y considerarla una: cita perdida.

Iniciales: _____

- Cancelaciones a Tiempo: Si usted necesita cancelar o reagendar una cita, **usted debe de llamar por lo menos un día anterior.** Cancelaciones hechas el mismo día serán consideradas citas perdidas.

Iniciales: _____

- Arribar a Tiempo: Si usted llega más de 15 minutos tarde a su cita, se le dará la cita a otro paciente. Está será considerada una cita perdida.

Iniciales: _____

- Cumplimiento: A los pacientes solo se les permite DOS citas perdidas en un periodo de 12 meses. Después de la segunda cita perdida, no se le volverá a agendar una cita, pero será bienvenido a usar la clínica dental sin cita y esperar su turno o bien como paciente de "acceso abierto".

Iniciales: _____

Muchos pacientes usan los servicios de la clínica dental de The Health and Wellness. Su ayuda en mantener sus citas nos ayuda a proveer mejor cuidado a tiempo para todos nuestros pacientes.

Firma del Paciente/Padre o Guardian

Fecha

Nombre del Paciente (Escrito)

Número del Paciente