

FORMULARIO DE INGRESO (PACIENTES DE 14 AÑOS Y MAYORES)

¡Bienvenido, y gracias por elegir a nuestro equipo de salud dental! Nos esforzamos por proporcionar el mejor cuidado dental posible. Para ayudarnos a lograr esta meta, por favor llene estos formularios lo más completamente que pueda, con tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, por favor sírvase libre en preguntarnos. ¡Con gusto le ayudaremos!

| | | | |
|---|--|--|------------------|
| Apellido | Nombre MI | Sufijo (circule uno) Sr / Jr / I / II / III | Nombre preferido |
| Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar | Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero | | |
| Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar | | | |
| Si requiere un intérprete especifique el lenguaje: _____ | ¿Le ayudo un intérprete con estos formularios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Dirección (si es diferente) | Ciudad | Estado | Código Postal |
| ¿Fue referido a esta clínica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es sí, ¿quién lo refirió?: _____ | | |
| Información de contacto: Por favor proporcione todos los números de teléfono y correo electrónico. Correo electrónico _____ Celular _____ Teléfono alternativo _____ Al proporcionar la información de contacto arriba está consintiendo a recibir comunicaciones electrónicas acerca de sus citas y tratamiento de Sarrell Dental & Eye. | | | |
| Ocupación _____ | Nombre de empleador _____ | | |
| Numero de licencia de conducir y Estado | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Numero de Seguro Social | |
| Contacto de emergencia | Relación | Teléfono de casa | Teléfono celular |

¿Tiene seguro dental? SI NO Si la respuesta es sí, ¿quién es su asegurador?

| | | | | |
|--|-------------------|-----------------|---------------------------|---|
| Asegurador principal | Titular de póliza | Numero de grupo | Identificación de titular | Fecha de nacimiento del titular de póliza |
| _____ | | | | |
| Número de seguro social del titular de póliza _____ | | | | |
| Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro | | | | |
| Asegurador secundario | Titular de póliza | Numero de grupo | Identificación de titular | Fecha de nacimiento del titular de póliza |
| _____ | | | | |
| Número de seguro social del titular de póliza _____ | | | | |

Información de médico de atención primaria

| | | | |
|-------------------|-----------|--------|--------------------|
| Nombre del médico | Dirección | Ciudad | Numero de teléfono |
| _____ | | | |

Si usted está completando estos formularios por el paciente, circule su relación y escribe su nombre: _____
MADRE PADRE GUARDIAN OTRO

Acuerdo de comunicación

Las clínicas de Sarrell Dental & Eye pueden comunicarse conmigo utilizando la información de contacto proporcionada arriba. Estas comunicaciones podrían incluir correo de voz, texto, y/o correo electrónico. Usted puede excluirse en cualquier momento al responder apropiadamente a los mensajes recibidos.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha: _____

Usted puede solicitar una copia de nuestra póliza de privacidad en cualquier momento. Siempre puede encontrar una copia de esta póliza en sarrelldental.org/privacy-policy.

HISTORIAL MEDICO Y DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO

¿Cómo describiría su salud dental actual? _____

Fecha de su última visita dental (Mes/Año): _____ EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO OTRO _____

¿Ha tenido algún problema con tratamiento dental anterior? SI NO Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Tiene algún ruido, salto, incomodidad, o apertura limitada de la mandíbula o articulación? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Cuán a menudo se cepilla sus dientes? NUNCA A VECES UNA VEZ AL DIA DOS VECES AL DIA MAS DE DOS VECES AL DIA

¿Cuan a menudo usa hilo dental? NUNCA A VECES UNA VEZ AL DIA UNA VEZ POR SEMANA MAS DE UNA VEZ AL DIA

¿Sangran sus encías cuando se cepilla o usa hilo dental? NUNCA A VECES SIEMPRE

Por favor indique cualquier pregunta o preocupación acerca de la odontología o su salud dental: _____

| | | | |
|--|-------|---|-------|
| ¿Está experimentando dolor o incomodidad dental actualmente? | SI NO | ¿Tiene dientes flojos? | SI NO |
| ¿Esta infeliz con su sonrisa o la apariencia de sus dientes? | SI NO | ¿Tiene dolores de cabeza, de oído, o dolores en el cuello? | SI NO |
| ¿Quiere una sonrisa más blanca y brillante? | SI NO | ¿Está preocupado de perder sus dientes? | SI NO |
| ¿Tiene problemas al comer (dificultad al masticar, vomito, etc.)? | SI NO | ¿Aprieta o rechina sus dientes? | SI NO |
| ¿Padece de mal aliento/halitosis, sabor a metal, o sabor desagradable? | SI NO | ¿Sus dientes son sensibles a lo frio, caliente, dulces o presión? | SI NO |
| ¿Tiene algún obstáculo para limpiar o cuidar de sus dientes? | SI NO | ¿Le quedan alimentos o hilo dental atrapados entre sus dientes? | SI NO |
| ¿Alguna vez ha tenido alguna herida grave a su cabeza o boca? | SI NO | ¿Alguna vez ha tenido tratamientos de ortodoncia (frenos)? | SI NO |
| ¿Tiene un puente o usa dentaduras completas o parciales? | SI NO | ¿Tiene hinchazón dentro o alrededor de su boca, cara o cuello? | SI NO |

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas donde respondió SI:

| ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Circule sí o no para cada uno) Para cada si, proporcione detalles en la parte inferior indicada | | | | | |
|---|-------|------------------------------|-------|--|-------|
| Reflujo acido/Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en ingles) | SI NO | Medicamento de cortisona | SI NO | Marcapasos cardiaco | SI NO |
| SIDA/VIH Positivo | SI NO | Depresión | SI NO | Enfermedad/ Problemas del corazón | SI NO |
| Enfermedad de Alzheimer | SI NO | Trastorno de desarrollo | SI NO | Hemofilia | SI NO |
| Anafilaxia | SI NO | Diabetes | SI NO | Hepatitis A | SI NO |
| Anemia | SI NO | Drogadicción | SI NO | Hepatitis B o C | SI NO |
| Angina/Dolor de pecho | SI NO | Fácilmente falta de aliento | SI NO | Herpes | SI NO |
| Artritis/Gota | SI NO | Trastorno alimenticio | SI NO | Hipertensión | SI NO |
| Válvula cardiaca artificial | SI NO | Enfisema | SI NO | Virus del papiloma humano (HPV por sus siglas en inglés) | SI NO |
| Articulación artificial | SI NO | Epilepsia o convulsiones | SI NO | Hipoglucemia | SI NO |
| Asma | SI NO | Sangrado excesivo | SI NO | Latido cardiaco irregular | SI NO |
| Transfusión de sangre | SI NO | Sed excesiva | SI NO | Problemas renales | SI NO |
| Marca con facilidad (hematomas) | SI NO | Episodios de desmayos/mareos | SI NO | Leucemia | SI NO |
| Cáncer | SI NO | Tos frecuente | SI NO | Enfermedad del hígado | SI NO |
| Quimioterapia | SI NO | Diarrea frecuente | SI NO | Presión arterial baja | SI NO |
| Problemas circulatorios | SI NO | Dolores de cabeza frecuentes | SI NO | Enfermedad pulmonar | SI NO |
| Úlceras bucales/llagas de fiebre | SI NO | Glaucoma | SI NO | Prolapso de la válvula mitral | SI NO |
| Trastorno cardiaco congénito | SI NO | Paro/Fallo cardiaco | SI NO | Osteoporosis | SI NO |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en ingles) | SI NO | Soplo del corazón | SI NO | Enfermedad paratiroidea | SI NO |
| | | | | Cuidado psiquiátrico | SI NO |
| | | | | Tratamiento con radiació | SI NO |
| | | | | Pérdida de peso reciente | SI NO |
| | | | | Diálisis renal | SI NO |
| | | | | Fiebre reumática | SI NO |
| | | | | Reumatismo | SI NO |
| | | | | Fiebre escarlata | SI NO |
| | | | | Enfermedad de transmisión sexual | SI NO |
| | | | | Herpes Zoster | SI NO |
| | | | | Enfermedad de células falciformes | SI NO |
| | | | | Problemas sinusales | SI NO |
| | | | | Enfermedad estomacal/intestinal | SI NO |
| | | | | Derrame cerebral | SI NO |
| | | | | Enfermedad de la tiroidea | SI NO |
| | | | | Tuberculosis | SI NO |
| | | | | Tumor o crecimientos anormales | SI NO |
| | | | | Ictericia | SI NO |
| | | | | Úlceras | SI NO |

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas donde respondió SI:

Si tiene tuberculosis, ¿esta active? SI NO Si la respuesta es sí, que medicamento está tomando: _____

¿Está tomando, ha tomado recientemente (dentro del pasado mes), o debería de estar tomando algún medicamento? SI NO
 (Recetado, sin receta, suplementos dietéticos, vitaminas, naturales o herbarias)

Si la respuesta es sí, por favor especifique los medicamentos, dosis y frecuencia (Si toma más de 4 medicamentos, por favor proporcione una lista por escrito de todos los medicamentos)

| Medicamento Recetado o sin receta | Dosis/Frecuencia | Suplementos Suplementos dietéticos, vitaminas (naturales o herbarias) | Dosis/Frecuencia |
|--------------------------------------|------------------|--|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

POR FAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS SI o NO PARA INDICAR SI HA TENIDO O NO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS

¿Está actualmente, o ha estado en el pasado año, bajo el cuidado de un médico? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál(es) es/son la(s) condición(es) que están tratando? _____

¿Ha tenido un trasplante de órgano? Si la respuesta es sí, por favor especifique: SI NO

CORAZON RIÑON HIGADO PULMON OTRO (ESPECIFIQUE): _____

¿Ha tenido un reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? SI NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál articulación fue reemplazada? _____ Si la respuesta es sí, ¿cuándo, (Mes/Año)? _____

¿Alguna vez ha recibido radioterapia o quimioterapia para un crecimiento anormal, tumor u otra condición? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

En los últimos 2 años, ¿ha tomado o está tomando esteroides (p. ej. cortisona)? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Ha tomado, o está tomando, o está programado a comenzar a tomar: bisfosfonatos orales? SI NO

(Alendronate (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva), Risedronate (Actonel), Tiludronate (Skelid)?

Si la respuesta es sí, ¿Cuál droga, dosis y frecuencia? _____

¿Ha tomado, está tomando, o está programado a comenzar a tomar: bisfosfonatos intravenosos?

Clodronate (Bonefos), Pamidronate (Aredia), or Zoledronic Acid (Reclast, Zometa)? SI NO

¿Cuál droga, dosis y frecuencia? _____ ¿Para qué? _____ ¿Cuándo fue la última dosis? _____

¿Normalmente toma un antibiótico antes de su tratamiento dental? SI NO

TABACO

¿Usa o ha usado Tabaco (fumar, rape, mascar, bidis)?

NUNCA

PASADO

ACTUALMENTE

¿Cuán interesado esta en parar?

MUCHO

ALGO

NO INTERESADO

DROGAS/ALCOHOL

¿Usa drogas recreacionales o medicamentos recetados para razones no medicas?

SI NO

¿Usa alcohol de forma regular?

SI NO

ALERGIAS

¿Es alérgico a algún medicamento, metal, látex, o ciertos materiales? SI NO Si es así, ¿cuáles son? _____

PACIENTES DIABETICOS

Pacientes diabéticos (por favor responda): ¿Cuando fue su última prueba de glucosa en la sangre (A1C)? _____ ¿Cuál fue el numero? _____

SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada? SI NO Si la respuesta es sí, numero de semanas: _____ ¿Esta amamantando? SI NO

¿Está tratando de quedar embarazada? SI NO

OTRO

¿Hay alguna otra condición de salud de la que le gustaría que estuviéramos al tanto para mejorar nuestra prestación de cuidado y responder mejor a sus necesidades de cuidado de salud oral?

Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad el informarle a la oficina dental de cualquier cambio a mi estado médico.

➤ Firma del paciente o guardián: _____ Fecha: _____

| | |
|---|--|
| OFFICE USE/USO DE OFICINA | |
| Blood Pressure: _____ / _____ | Pulse: _____ Height: _____ Weight: _____ Temp: _____ Date: _____ |
| HEALTH HISTORY REVIEWED BY _____ | |
| PROVIDER'S SIGNATURE | DATE |

AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAR A UN MENOR DE EDAD

Para ser completada por el miembro

Comprendemos el conflicto entre las horas de trabajo y citas, pero requerimos que todo niño menor de 14 años sea acompañado por una PERSONA RESPONSABLE o su niño no recibirá tratamiento. Esta persona debe tener al menos 19 años de edad y debe permanecer en el edificio en todo momento durante el tratamiento.

Yo afirmo que soy el padre o guardián legal del/de los niño/s menores mencionados a continuación:

Niño Fecha de nacimiento

Niño Fecha de nacimiento

Niño Fecha de nacimiento

Si yo no puedo acompañar a mi niño, doy mi permiso para que los individuos mencionados a continuación acompañen a mi niño para tratamientos dentales:

Nombre Relación

Nombre Relación

Nombre Relación

Para un niño/niños mayores de 13, por favor marque uno:

- Debido a que mi/s niño/niños son mayores de 13, también doy mi permiso para que él/ella/ellos se presenten para tratamiento sin ser acompañados por un adulto.
- Aunque mi(s) niño/niños es/son mayor de 13, deseo estar presente para todo tratamiento realizado.

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones antedichas y confirmo los contenidos de este formulario.

Firma del guardián legal/ padre con custodia Fecha

Nombre completo en letra de molde del guardián legal/padre con custodia Relación con el(los) menor(es)

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Nombre del Paciente: _____

* Usted puede rehusar a firmar este reconocimiento*

A mi, _____, se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de no discriminación de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Relacion con el paciente

Firma

Fecha

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and Non-Discrimination Notice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE

Nuestra meta es proporcionarle a usted y su familia con cuidado dental optimo, y de ser un lugar donde los pacientes se sientan bienvenidos y valorados. Nuestra oficina se esfuerza por proporcionar el cuidado dental de más alta calidad a precios asequibles. Nuestros dentistas diagnosticaran el tratamiento basado en su salud dental y no su cobertura de seguro. Le animamos a hacer preguntas y estar implicado en las decisiones de tratamiento, mientras ayudamos a educarlo acerca de su salud oral y la importancia de la prevención.

Por favor recuerde, usted es totalmente responsable por los cargos cobrados por esta oficina sin importar su cobertura de seguro.

El propósito de esta póliza es eliminar la confusión o malentendidos acerca de los arreglos financieros ofrecidos por nuestra oficina. Si tiene seguro dental, su porción se debe al tiempo del servicio. Como cortesía, esta oficina le enviara la factura a su aseguradora, pero no le garantizaremos algún beneficio. Acreditaremos tales colecciones a la cuenta apropiada. Por favor comprenda que la cantidad para ser pagada por su póliza en particular esta predeterminada y acordada por usted y su compañía de seguro. Si tiene preguntas acerca de la cantidad que su plan pagara o los tratamientos que su plan cubrirá, debería referir estas preguntas a su compañía de seguro. Además, puede haber un deducible, un factor de Coseguro, y un máximo anual para ser considerado.

1. Para nuestros pacientes del Plan de Salud de Oregon (OHP por sus siglas en ingles), se le facturaran los costos de servicios cubiertos al OHP. En caso de que un servicio no sea cubierto por OHP, se le informara antes de que el servicio sea realizado.
2. Se espera pago al momento del servicio, incluyendo la porción estimada de la cantidad que su seguro no cubre. Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: Efectivo, cheque, tarjeta de crédito, y un grupo financiero de tercera persona que ofrece una línea de crédito para cargos dentales, para aquellos que califiquen. No ofrecemos arreglos de pago internos.
3. Se le enviara por correo un estado de cuentas mensualmente. Se espera recibir el pago dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. El pago deberá ser enviado por correo con la porción superior del estado de cuentas para establecer el crédito a la cuenta apropiada. Si su compañía de seguro no ha pagado la factura dentro de 30 días, por favor comuníquese con ellos para averiguar por qué.
4. Usted puede elegir el pagar por teléfono las cantidades debidas en su factura utilizando un método de pago aceptado. En caso de que elija esta opción de pago, podríamos guardar su información de pago de manera segura para hacer pagos futuros bajo su dirección.
5. Su cuenta es considerada delinciente si el pago debido solicitado no es recibido dentro de 30 días de la fecha de facturación en el estado de cuentas. Si no se recibe el pago, se evaluará un recargo de 1 ½% por mes (mínimo de \$1.00) y este aparecerá en su próximo estado de cuenta. El porcentaje de la tarifa anual es de 18%.
6. Se facturará un cargo de \$35.00, además de la cantidad adicional, por cualquier cheque que sea regresado por cualquier razón. No aceptaremos de usted pagos por cheque, tarjeta de débito o crédito en el futuro.
7. El paciente comprende y acuerda en que si falla en hacer algún pago del cual este sea responsable, de manera puntual, el paciente será responsable por todos los costos de dineros de la colección debida, incluyendo costos de la corte, honorarios de agencia de colección y honorarios del abogado.

He leído y comprendo la póliza financiera de Sarrell Dental & Eye y estoy de acuerdo con todos los términos descritos en ella. Estoy de acuerdo en que una copia de la póliza financiera será considerada efectiva y valida tal como la original. Sin importar de cual cobertura de seguro que el paciente tenga, el paciente es ultimadamente responsable por el pago puntual de su cuenta y el paciente por la presente autoriza que los pagos de beneficios de seguro sean hechos directamente a Sarrell Dental & Eye.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Yo, el abajo firmante, para mí mismo y otras personas para las cuales tengo la autoridad de firmar, por la presente consiento a cuidado dental y tratamiento mientras tal cuidado y tratamiento sea proporcionado por Sarrell Dental & Eye. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todo tratamiento realizado por un dentista de Sarrell Dental & Eye y cualquier otro proveedor dental u otros designados bajo la supervisión del dentista, tal como sea considerado razonable y necesario.

Comprendo que cualquier tratamiento actual y futuro puede incluir, pero no está limitado a exámenes, profilaxis oral (limpiezas), tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (rellenos de amalgama o compuesto, coronas y puentes), tratamientos periodontales (de las encías), tratamientos de endodoncia (de conducto de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos. Tal tratamiento actual o futuro podría implicar el uso de comunicaciones y tecnologías electrónicas seguras para ofrecer servicios de salud y educación dental virtuales de manera remota en lugar de un entorno de oficina dental tradicional. El tratamiento dental no existe sin posibles complicaciones, las cuales podrían incluir (pero no están limitadas a) dolor, infección, hinchazón, sangrado, moretones, sanado retrasado, complicaciones sensoriales, reacciones alérgicas, rigidez, incomodidad y disminución del rango de movimiento de la(s) articulación(es) mandibular(es), aflojamiento de dientes o restauración en dientes, lesión a otros tejidos y la necesidad de tratamiento adicional fuera del ámbito del dentista de tratamiento. Comprendo que podría utilizarse anestesia tópica, anestesia local y/o inhalación de anestesia de óxido nitroso si es necesario durante el tratamiento y doy mi consentimiento para su uso en mi cuidado y que el uso de anestésicos podría conllevar un pequeño riesgo de hinchazón, moretones, reacción alérgica, cambios en la percepción de dolor, o entumecimiento prolongado o en casos extremadamente raros permanente. Además, comprendo que, en el transcurso de cualquier tratamiento, podría ser necesario el modificar el tratamiento previsto debido a condiciones descubiertas durante el transcurso normal de cuidado y tratamiento dental.

Comprendo que tengo el derecho de hablar y hacer preguntas acerca de cualquier tratamiento actual y futuro y del propósito, riesgos posibles y beneficios de tal tratamiento, tal como de cualquier tratamiento alternativo, con el fin de hacer una decisión informada acerca de mi cuidado. Además, comprendo que tengo el derecho de rehusar tratamiento y aceptar cualquier posible consecuencia de reusar tratamiento y que tengo el derecho de discontinuar tratamiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, estoy indicando que (1) pretendo en que este consentimiento continúe en naturaleza aun después de que se haiga hecho un diagnóstico específico y se haiga recomendado tratamiento; y (2) doy mi consentimiento para tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina de Sarrell Dental & Eye. Este consentimiento continuara plenamente en efecto hasta ser revocado por escrito.

Consentimiento firmado

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones antedichas y plenamente y voluntariamente consiento a sus contenidos.

_____ [] Paciente menor de 18 años de edad _____
Firma del paciente o guardián legal Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o guardián legal

Relación con el paciente

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento del/de los niño/s menor/es mencionados a continuación, quien/es son menores de la edad legal de dieciocho años de edad, para recibir cuidado dental y/o tratamiento de un dentista de Sarrell Dental & Eye. Cualquier cuidado y/o tratamiento considerado razonable y necesario puede ser proporcionado con o sin mi presencia:

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

El paciente tendrá los siguientes derechos:

- De ser tratados con dignidad y respeto
- De ser tratado por los proveedores al igual que otras personas buscando beneficios de cuidado de salud
- De tener a un amigo, familiar o defensor presente durante consultas y en otros momentos tal como sea necesario para ayudar con decisiones de tratamiento
- De estar activamente implicado en las decisiones de su plan de tratamiento
- De recibir información acerca de su condición y servicios cubiertos y no cubiertos para hacer una decisión informada acerca de las opciones de tratamiento
- De consentir a tratamiento o rehusar servicios, y de ser informado de las consecuencias de esa decisión, con excepción de servicios por orden judicial
- De recibir materiales por escrito describiendo sus derechos, responsabilidades, beneficios disponibles, como acceder servicios, y que hacer en caso de emergencia
- De que se le expliquen los materiales escritos de forma comprensible
- De recibir servicios necesarios y razonables para tratar la condición
- De recibir servicios que reúnen las normas de practica generalmente aceptadas y que son medicamente apropiado;
- De recibir servicios de prevención cubiertos
- De recibir una referencia a un especialista para servicios cubiertos medicamente apropiados
- De tener un registro médico que contiene documentación acerca de condiciones, servicios realizados y referencias hechas
- De tener acceso a su propio registro médico, al menos que sea restringido legalmente
- De transferir una copia de sus registros médicos a otro proveedor
- De recibir un aviso de una cancelación de cita de manera oportuna
- De recibir una copia del aviso de la póliza de privacidad de esta oficina

El paciente tiene las siguientes responsabilidades:

- De tratar a los proveedores y personal de la clínica con respeto
- De ser puntual a las citas con un proveedor y llamar por adelantado para cancelar si no puede asistir a la cita o si espera llegar tarde
- De procurar exámenes periódicos y servicios preventivos de su dentista
- De usar a su dentista para el diagnóstico y otro cuidado con excepción de una emergencia
- De obtener una referencia a un especialista de parte del dentista antes de solicitar cuidado de un especialista al menos que se permita una auto recomendación
- De usar servicios de emergencia apropiadamente
- De proporcionar información verídica para ser incluida en su registro medico
- De ayudarle al proveedor o la clínica a obtener registros médicos de otros proveedores lo cual podría incluir el firmar una autorización para la divulgación de información
- De hacer preguntas acerca de condiciones, tratamientos y otros asuntos relacionados con su cuidado el cual no comprenda
- De usar información para hacer decisiones informadas acerca de tratamiento antes de que sea realizado
- De asistir en el desarrollo de un plan de tratamiento junto con el proveedor
- De seguir el plan de tratamiento prescrito acordado
- De proporcionarle a la oficina información acerca de sus beneficios de seguro
- De proporcionarle a la oficina información acerca de cambios de dirección, cambios de numero telefónico, cambios de beneficios de seguro
- De pagar por servicios no cubiertos
- De presentar cuestiones o quejas al personal
- De firmar una autorización para la divulgación de información medica para que el proveedor pueda recibir la información que podría ser necesaria para responder a su queja o cuestión
- De cumplir con las pólizas y procedimientos de la oficina