

# CREEKSIDE DENTAL

## Formulario de Inscripción

Por favor escriba en letra de molde

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero  Casado  Separado  Viudo  Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono en casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ # Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Teléfono célula: \_\_\_\_\_

RECOMENDADO POR:  Guía de teléfono  Nuestra ubicación  Paciente (Nombre) \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor de su tarjeta de seguro a la recepcionista)

¿Este paciente tiene cobertura de seguro?  Sí  No ¿Usted tiene Medicaid?  Sí  No

Nombre del Seguro Primario: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ #Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  Uno mismo  Cónyuge  Niño  Otro: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario (si aplica) Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ #Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  Uno mismo  Cónyuge  Niño  Otro: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

*Por la presente el abajo firmante autoriza al doctor para tomar Rayos-X, estudio de modelos, fotografías o cualquier otra ayuda que el doctor estime necesaria para hacer un diagnóstico completo de la necesidad dental del paciente, también lo autorizo para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicamentos y terapia que pueda ser indicada en relación con el paciente arriba mencionado. También entiendo que el uso de agentes anestésicos incluye un cierto riesgo. Entiendo que pagos por los servicios dentales proveídos en esta oficina para mi y/o mis dependientes son mi responsabilidad, la cuál se debe y es pagadera en el momento en que los servicios sean prestados a menos que se hayan hecho arreglos financieros. Autorizo que los beneficios de la compañía de seguro sean pagados directamente a la oficina dental. También autorizo a la oficina dental o a la compañía de seguro ceder cualquier información requerida para éste reclamo. Entiendo que los honorarios que el seguro dental no pague será mi responsabilidad y que un reporte de crédito puede ser obtenido si es necesario. Entiendo que si necesito cambiar la hora de la cita, una notificación de 24 horas es necesario.*

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

Paciente, Padre o Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE:**

**HAGA UN CIRCULO**

1. ¿Ha estado Ud. bajo el cuidado de un doctor durante los dos últimos años? Sí No  
Si es así, por favor describa la condición: \_\_\_\_\_  
Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tomado Ud. medicamentos o prescripciones durante los dos últimos años? Sí No  
Si es así, por favor escríbalas \_\_\_\_\_
3. ¿Sabe Ud. si tiene algún tipo de alergias? Sí No  
Si es así, por favor escríbalas \_\_\_\_\_
4. ¿Ha estado Ud. hospitalizado o ha tenido alguna operación durante los últimos cinco años? Sí No  
Si es así, por favor descríbalo \_\_\_\_\_
5. Si Ud. es mujer, ¿Está Ud. embarazada ahora? ¿Fecha del parto? \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Esta Ud. amamantando ahora? Sí No

6. Si Ud. ha tenido cualquier a de estas condiciones, marque "Sí" e indique el mes/año Si no, marque "No".

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| Sí No SIDA/VIH                                  | Sí No Diabetes                       | Sí No Hiper/Hipo Tiroidismo            |
| Sí No Alcoholismo                               | Sí No Mareos/Desmayos                | Sí No Ictericia/Enf. del hígado        |
| Sí No Alergias – Estacional                     | Sí No Droga adicción                 | Sí No Problemas de los riñones         |
| Sí No Anemia                                    | Sí No Boca seca                      | Sí No Trastorno nervioso mental        |
| Sí No Anorexia/Bulimia                          | Sí No Enfisema/Bronquitis            | Sí No Prolapso válvula mitral ___/___  |
| Sí No Artritis – OA o RA                        | Sí No Epilepsia/Convulsiones ___/___ | Sí No Osteoporosis/Enf. de huesos      |
| Sí No Válvulas artificiales del corazón ___/___ | Sí No Fibromialgia                   | Sí No Sangramiento prolongado          |
| Sí No Articulaciones artificiales ___/___       | Sí No Ataque del corazón ___/___     | Sí No Tratamiento psiquiátrico         |
| Sí No Asma                                      | Sí No Enfermedad del corazón         | Sí No Tratamiento de radiación ___/___ |
| Sí No Cancer/Tumores                            | Sí No Soplo en el corazón            | Sí No Fiebre reumática                 |
| Sí No Quimioterapia ___/___                     | Sí No Marcapasos en el corazón       | Sí No Problemas de sinusitis           |
| Sí No Dolor de pecho                            | Sí No Operación de corazón ___/___   | Sí No Derrame cerebral ___/___         |
| Sí No Herpes labial                             | Sí No Herpes                         | Sí No Tuberculosis ___/___             |
| Sí No Lesiones del corazón congénitas           | Sí No Hepatitis ___/___              | Sí No Ulceras                          |
| Sí No Demencia/Alzheimer                        | Sí No Presión sanguínea alta         | Sí No Enfermedades venéreas            |
| Sí No Discapacidades del desarrollo             |                                      | Sí No Otro _____                       |

¿Usa el tabaco?  Sí  No

Cigarrillos - Paquetes/Día: \_\_\_\_\_  Mascada/Día: \_\_\_\_\_  Pipa/Día: \_\_\_\_\_  Cigarro/Día: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE:**

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última visita al dentista? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene Ud. algún problema en específico con los dientes, encías o en la boca en estos momentos? Sí No  
Si es así, por favor escríbalo \_\_\_\_\_
3. ¿Ud. aprieta o rechina los dientes? Si es así, ¿Cuándo? Día o Noche Sí No
4. ¿Ha notado Ud. si le traquea, le chasquea o le duele la mandíbula? Sí No
5. ¿Ha tenido previamente alguna operación periodontal u operación oral? Sí No  
Si es así, por favor anote \_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido Ud. alguna lesión en la cabeza, cuello o la mandíbula? Sí No
7. ¿Ha tenido Ud. algún problema serio asociado con cualquier tratamiento dental previo? Sí No  
Si es así, por favor escríbalo \_\_\_\_\_
8. ¿Ha experimentado Ud. alguna vez cualquier efecto indeseado de anestesia dental, antibióticos o cualquier otro medicamento? Sí No  
Si es así, por favor anote \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Presión: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Creekside Dental ~ Yakima, WA**

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida, bajo la ley de seguro medico de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento entre un número de proveedores de salud médica que pudiesen estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de cuidado medico
- Realizar operaciones de atención médica normales tales como actividades de evaluación y mejora de la calidad

He sido informado del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de mi proveedor dental que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información médica protegida. Se me ha dado el derecho a revisar y recibir una copia de dicho *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Entiendo que mi proveedor dental tiene el derecho a modificar *el Aviso de Prácticas de Privacidad* y que puedo contactar con esta oficina en la dirección de arriba para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Lo importante es la versión actualizada 23/09/13 de la NOPP reflejando la regla OMNIBUS

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan cómo mi información privada se usa o se divulga para llevar a cabo el tratamiento, las operaciones de pago o la asistencia médica y comprendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces usted está obligado a acatar tales restricciones.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia dependientes que también están cubiertos por este reconocimiento:**

\_\_\_\_\_

Autoridad de Divulgación Adicional: (concluyó con debate RE: paciente etc.)

OTRO-ESPECIFIQUE	Nombres	Firmas	Identificación

**Para Uso de Oficina Solamente:**

Fuimos incapaces de obtener el reconocimiento escrito por parte del paciente de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad por el siguiente motivo:

El paciente se negó a firmar

Barreras de comunicación

Situación de emergencia

Otro

# Creekside Dental ~ Yakima, WA

## Aviso de las Practicas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION DE SALUD A CERCA SOBRE USTED PODRIA SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley mantener la privacidad de información médica (PIM) protegida, para brindar a individuos con un Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y para notificar a los individuos afectados tras una brecha de la información de salud protegida no asegurada. Nosotros debemos que cumplir las practicas de privacidad que se describen en este Aviso mientras este en efecto. Este Aviso entra en vigor el 23 de septiembre, 2013 y permanecerá en vigor hasta que se reemplace.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios son permitidos por la ley aplicable, y para hacer efectivas las nuevas disposiciones a este Aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Cuando hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y publicaremos el nuevo Aviso prominente y claramente en nuestro lugar de práctica, y proporcionaremos copias del nuevo Aviso al hacer una petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información a cerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor contáctenos usando la información dada al final de este Aviso.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Podemos usar y divulgar su información médica para diversos propósitos, incluyendo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Algunos datos, como información relacionada con el VIH, información genética, expedientes de abuso de alcohol y/o sustancias, y expedientes de salud mental podrían tener derecho a las protecciones de confidencialidad especiales bajo una ley federal o estatal aplicable. Nosotros cumpliremos estas protecciones especiales que pertenecen a estos tipos de expedientes de casos aplicables.

**Tratamiento.** Podríamos usar y divulgar su información médica para su tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica a un especialista que le provee tratamiento a usted.

**Pago.** Podríamos usar y divulgar su información médica para obtener reembolso por el tratamiento y por los servicios que reciba de nosotros o a otra entidad involucrada con su cuidado. Las actividades de pago incluyen facturación, colecciones, gestión de reclamos y las determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago por parte de usted, una compañía de seguros u otra tercera parte. Por ejemplo, podemos enviar reclamos a su plan de salud que contiene cierta información de salud.

**Operaciones de asistencia médica.** Podríamos usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de asistencia médica. Por ejemplo, las operaciones de cuidado de la salud incluyen actividades evaluación y mejora en la calidad, llevando a cabo programas de capacitación y actividades de licenciaturas.

**Individuos involucrados en su cuidado o pago por su atención.** Podríamos divulgar su información médica a su familia o amigos o a cualquier otra persona identificada por usted cuando ellos están involucrados en su cuidado o en el pago de su atención. Además, podríamos divulgar información a cerca de usted al representante del paciente. Si una persona tiene la autoridad por ley para hacer decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante del paciente del mismo modo que lo trataríamos a usted con respecto a su información de médica.

**Ayuda en caso de catástrofe.** Nosotros podríamos usar o divulgar su información médica para asistir en los esfuerzos de ayuda en caso de una catástrofe.

**Requisito por ley.** Nosotros podríamos usar o divulgar su información medica cuando se nos exige por la ley.

**Actividades de salud pública.** Podríamos divulgar su información médica para actividades de salud pública, incluyendo las divulgaciones para:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- Informe de abuso o negligencia infantil;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- Notificar a una persona de un retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos;
- Notificar a una persona la cual podría haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia domestica.

**Seguridad Nacional.** Podríamos revelar a las autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podríamos divulgar a funcionarios federales autorizados información médica requerida por la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Nosotros podríamos revelar a la institución correccional o a un agente de policía oficial teniendo la tutela legal de la información médica protegida de un recluso o paciente.

**Secretaría de HHS.** Divulgaremos su información médica a la Secretaría de los Estado Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea requerido para investigar o determinar el cumplimiento de las normas de HIPAA.

**Compensación del trabajador.** Podríamos divulgar su PIM por la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

**Cuerpo Encargado de Imponer el Cumplimiento de la Ley.** Podríamos divulgar su PIM con propósitos permitidos por el HIPAA a el Cuerpo Encargado de Imponer el Cumplimiento de la Ley, como se requiere por ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

**Actividades de supervisión de salud.** Podríamos divulgar su PIM a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorias, investigaciones, inspecciones y acreditaciones, según sea necesario para el otorgamiento de licencias y para el gobierno monitorear el sistema de asistencia médica, programas gubernamentales y para el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Si usted está implicado en una demanda o en una disputa, nosotros podríamos divulgar su PIM en respuesta a una orden judicial o administrativa. Nosotros también podríamos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por alguien más involucrado en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos, ya sea por la parte solicitante o por nuestra parte, para decirle a usted acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

**Investigación.** Nosotros podríamos revelar su PMI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o junta de privacidad que ha revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PIM a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PIM a directores de funerarias consistentes con las leyes aplicables para permitirles realizar sus tareas.

**Recaudación de fondos.** Nos comunicaremos con usted para proporcionarle información acerca de nuestras actividades patrocinadas, incluyendo programas de recaudación de fondos, en la medida permitida por la ley aplicable. Si usted no desea recibir dicha información por parte de nosotros, usted puede optar por no recibir las comunicaciones.

### **Otros usos y divulgaciones de la PIM**

Su autorización es necesaria, con unas pocas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de la PIM para la comercialización y venta de PIM. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PIM para fines distintos a los previstos en el presente Aviso (o como lo contrario se permita o se requiera por ley). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Tras recibir de la revocación por escrito, nosotros detendremos el uso o la divulgación de su PIM, salvo en la medida en que ya hemos tomado acción en dependencia de la autorización.

### **Sus Derechos de información de salud.**

**Acceso.** Usted tiene derecho a un acceso para ver u obtener copias o información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer la petición por escrito. Usted podrá obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si usted solicita información que mantenemos sobre papel, nosotros podríamos proporcionar fotocopias. Si usted solicita información que mantenemos electrónicamente, usted tiene el derecho a una copia electrónica. Utilizaremos la forma y formato que usted solicite si es fácilmente producible. Le cobraremos una cuota razonable basada en costos para el costo de insumos y mano de obra por copiar y franqueo si desea copias por correo. Póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso para una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Si a usted se le niega una solicitud de acceso, usted tiene el derecho a tener la negación revisada conforme con los requisitos de la legislación aplicable.

**Contabilidad de divulgación.** Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene el derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información médica conforme a leyes y reglamentos aplicables. Para solicitar un informe de divulgaciones de su información médica, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si usted solicita esta contabilidad en más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basado en los costos por responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a solicitar una restricción.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su PIM enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su petición por escrito debe incluir (1) Qué información desea limitar, (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién quiere aplicar los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso donde la divulgación es para un plan de salud para los propósitos de realizar pago u operaciones de cuidado médico, y la información se refiere únicamente a un artículo del cuidado de la salud o servicio que usted o una persona en su nombre (otro que no sea el plan de salud), ha pagado nuestra práctica en su totalidad.

**Comunicación alternativa.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su petición por escrito. Su petición debe especificar los medios alternativos o ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o ubicación que solicita. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando las formas o lugares que usted ha solicitado nos podríamos comunicar con usted utilizando la información que tenemos.

**Enmienda.** Usted tiene el derecho de solicitar que corriamos la información médica. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debería modificarse la información. Podemos negarle su petición bajo ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, nosotros modificaremos sus registros y le notificaremos. Si denegamos su solicitud de enmienda, nosotros le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué se le negó y explicar sus derechos.

**Derecho a la notificación de un incumplimiento.** Usted recibirá notificaciones incumplimientos de su información médica protegida no asegurada según lo requerido por ley.

**Aviso electrónico.** Usted podría recibir una copia impresa de este Aviso con una solicitud previa, incluso si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

## **Preguntas y Reclamos**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctenos.

Si usted está preocupado que nosotros podríamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que usted hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información médica o que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, usted puede quejarse ante nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Usted también podría presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al hacer su petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por favor pongase en contacto con:

**Creekside Dental**  
**1501 South 40th Avenue**  
**Yakima, WA 98908-3963**  
**509-577-8277**

Si no podemos resolver su reclamo, usted tiene el derecho de presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios humanos (HHS) Oficina de Derechos Civiles, 2201 6th Avenue, MS RX-11, Seattle, WA 98121-1831. La calidad de su cuidado no estará en peligro ni se penalizará por presentar un reclamo.

## Reconocimiento de Autorizacion Informada de Creekside Dental

He Jefdo y entendido la informacion en el formulario de autorizacion,  
Entiendo que las riesgos y complicaciones que figuran no estan todos incluidos, y  
se me han contestado todas las preguntas a mi plena comprension y satisfaccion.

Tratamiento	Diente/Dientes
<input type="checkbox"/> Rayos X	
<input type="checkbox"/> Limpieza/ Tratamiento Peri-iodontal	
<input type="checkbox"/> Anestesico	
<input type="checkbox"/> Rellenos	
<input type="checkbox"/> Tratamiento de conducto y Pulpotomia	
<input type="checkbox"/> Corona y Puente	
<input type="checkbox"/> Extraccion	
<input type="checkbox"/> Implante	
<input type="checkbox"/> Ortodoncia	
<input type="checkbox"/> Injerto Gingival	

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





1501 S. 40<sup>th</sup> Avenue Yakima, WA 98908  
(509) 577-8277 Fax (509) 573-4858

[www.creeksidedental.net](http://www.creeksidedental.net)

## **Aviso de Política de No Asistencia**

### **Efectivo a partir del 17/09/2024**

Este aviso es para informarle sobre nuestra nueva política de la oficina con respecto a las ausencias sin previo aviso o la cancelación de citas con menos de 24 horas de anticipación.

Valoramos enormemente el tiempo de nuestros pacientes. Cuando se programa su cita, se reserva una sala, nuestro personal está listo y esperando, sus registros están preparados y se disponen instrumentos especiales para su visita individual. Requerimos que nuestros pacientes nos notifiquen con al menos 24 horas de anticipación al cancelar o reprogramar una cita. Esta cortesía nos permitiría ofrecer la sala reservada a otro paciente que necesite atención.

Primera ausencia o cancelación de última hora: Recibirá una comunicación verbal reiterando nuestra política.

Segunda ausencia o cancelación de última hora: Se le cobrará una tarifa de \$50.00 por No Asistencia y se le informará verbalmente que ya no podremos programar citas de tratamiento para usted. Todas las citas futuras serán canceladas. Se le informarán nuestros horarios de atención sin cita previa y solo podrá ser atendido en esos horarios.

Citas múltiples familiares: Si dos o más miembros de la familia programados el mismo día no asisten o cancelan a última hora, solo un miembro de la familia a la vez podrá programar futuras citas.

Los pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde a su cita programada posiblemente serán reprogramados.

Sabemos que a veces las cosas no salen según lo planeado y que es necesario realizar cambios en las citas programadas. Es por esto que enviamos recordatorios de cortesía con una semana y 48 horas de anticipación a su cita. Gracias a esto, usted tiene suficiente tiempo para comunicarse con nosotros y realizar los cambios necesarios.

Implementaremos de inmediato el cargo de \$50.00 por No Asistencia, y este debe ser pagado en su totalidad antes de reprogramar cualquier cita.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

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