

**Douglas County Dental Clinic**  
**Clinica Dental del Condado Douglas**  
Patient Registration/Registro del Paciente

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Parent, Guardian/Nombre del padre, tutor: \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Parentezco con el paciente: \_\_\_\_\_

**Patient Information/Por favor, rellene esta parte con la informacion del paciente.**

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sex/Genero: M / F

Social Security Number/Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

City/Cuidad: \_\_\_\_\_ County/Condado: \_\_\_\_\_ Zip Code/C.P. \_\_\_\_\_

Home Phone/Tel. Hogar: \_\_\_\_\_ Other Phone/Tel. alternative: \_\_\_\_\_

Email Address/Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

(sólo se utilizará la dirección de correo electrónico para confirmar las citas.)

Marital Status/Estado civil: Single/Soltero Divorced/Divorciado Married/Casado

Enrolled in college/¿estudiante universitario? Yes/Si No/No

Medical Benefits/¿Beneficios Médicos? KanCare – Sunflower/United Healthcare/Amerigroup/seguro privado:

**Emergency Contact/Contactos en caso de emergencia:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone/Tel: \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Parentezco con el paciente: \_\_\_\_\_

**Family Income: Ingreso Familiar:**

How many people live in the household/¿Cuántas personas residen en el hogar de paciente? \_\_\_\_\_

How many are dependent upon the income/ ¿Todos depende del mismo ingreso? \_\_\_\_\_

Favor de nombrar e ingreso neto mensual o pagos de TODAS las personas en el hogar del paciente.

Wages/Sueldo: \_\_\_\_\_

SSI/SSDI/Pensión del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Support from family or friends/Mantenimiento de familiares/amistades: \_\_\_\_\_

Other Income: \_\_\_\_\_

If no income/Si no se reporta un ingreso, se debe comprobar como se mantiene el hogar o sea como se paga la renta, los servicios y la comida.

Al firmar, certifico que la informacion proporcionada es veridical y correcta hasta donde yo sé. Para evitar la duplicación de los servicios, proporcionaré a la Clínica Dental de Condad Douglas información actualizada con respect a cambios en mi situación enconómica. También accedo a solicitar otras fromas de asistencia que se me ofrescan. A la vez, entiendo que no divulgar estos cambios, falsificar información o no proporcionar prueba de mi ingreso puede resultar en la discontinuación de sevicios en la Clinica Dental de Condado Douglas. Doy mi consentimiento a la publicación de los datos en estas formas a las agencias apropiadas y recursos de fondos, suponiendo que la confidencialidad adecuada se mantendrá.

Print Patient Name / Nombre \_\_\_\_\_ Signature / Firma \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Paciento  Padre  Tutor



## Douglas County Dental Clinic/Clinica Dental del Condado Douglas

### Health History – Part II / Historial Médico 2da. Parte

**Do you have a history of any of the following? (Please circle all that apply):**

**¿Tiene un historial de las siguientes condiciones? (Por favor encierre las que apliquen):**

Blood or blood clotting disorders  
*Enfermedades sanguíneas o de coagulación*

Kidney disease  
*Enfermedades del riñón*

Positive HIV test / AIDS  
*SIDA/ Prueba positiva del VIH*

Prolonged Bleeding  
*Hemorragia prolongada*

Persistent cough  
*Tos persistente*

Seizures  
*Ataques de apoplejía*

Aspirin Therapy  
*Terapia de aspirina*

Emphysema  
*Enfisema*

Chemical Dependency  
*Dependencia química*

Anemia  
*Anemia*

Asthma  
*Asma*

Stomach/intestinal problems  
*Problemas Estomacales/intestinales*

Hardening of the arteries  
*Endurecimiento arterial*

Diabetes  
*Diabetes*

Fainting/Dizziness  
*Desmayos/ Mareos*

Chest Pain  
*Dolor de pecho*

Thyroid disease  
*Enfermedad de la tiroide*

Latex Allergy  
*Alergia al latex*

Swollen Ankles  
*Inflamación de los tobillos*

Liver disease  
*Enfermedad del hígado*

Steroid Medication  
*Medicamentos esteroides*

High blood pressure  
*Alta presión sanguínea*

Hepatitis  
*Hepatitis*

Organ Transplant  
*Transplante de órganos*

Heart problems  
*Problemas del corazón*

Urinary tract problems  
*Problemas de la vía urinaria*

Depression  
*Depresión*

Heart murmur  
*Soplo en el corazón*

Difficulty urinating  
*Dificultad al orinar*

Chronic Mental Illness  
*Trastorno mental crónico*

Mitral Valve Prolapse  
*Prolapso de la válvula mitral*

Frequent headaches  
*Dolores de cabeza frecuentes*

Arthritis  
*Artritis*

Rheumatic heart disease or fever  
*Reumatismo cardíaco o fiebre reumática*

Shortness of Breath  
*Falta de aire*

Glaucoma  
*Glaucoma*

Stroke  
*Apoplejía*

Seasonal Allergies  
*Alergias estacionales*

Ear, Nose or Throat Problems  
*Problemas del oído, nariz o garganta*

Stent  
*Stent (prótesis endovascular)*

Skin diseases  
*Enfermedades de la piel*

Osteoporosis  
*Osteoporosis*

Sexually transmitted disease  
*Enfermedades transmitidas sexualmente*

Cancer  
*Cancer*

Tuberculosis  
*Tuberculosis*

Prosthetic joints or heart valves  
*Articulaciones o válvulas prostéticas*

Chemotherapy or radiation therapy  
*Quimioterapia o radiación*

Anxiety  
*Ansiedad*

Bisphosphonate medication (e.g. Bonfos, Reclast, Skelid, Zoledronate (Zometa), Pamidronate (Aredia), Alendronate (Fosamax), Risedronate (Actonel), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva))

*Bisfosfonatos (Bonfos, Reclast, Skelid, Zoledronate (Zometa), Pamidronate (Aredia), Alendronate (Fosamax), Risedronate (Actonel), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva))*

Are you pregnant? Y N    Are you nursing? Y N    Are you post-menopausal? Y N    Are you taking birth control pills? Y N  
*¿Está embarazada? S N    ¿Está amamantando? S N    ¿Le ha ocurrido la menopausia? S N    ¿Toma anticonceptivos? S N*

**Any disease, condition or problem not listed?/¿Tiene alguna enfermedad, trastorno o problema no mencionado? S N**

**If yes, please explain/Si es así, favor de explicar:** \_\_\_\_\_

**Print Patient Name / Nombre** \_\_\_\_\_ **Signature / Firma** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha** \_\_\_\_\_

Paciento  Padre  Tutor

# Clínica Dental del Condado Douglas

## Poliza de Tratamiento

- o Entiendo que sólo puedo recibir servicios en la Clínica Dental del Condado Douglas si no tengo seguro dental y si puedo mostrar que mis ingresos califican.
- o Accedo a pagar por los servicios que reciba según la tarifa variable proporcional a mis posibilidades de pago.
- o Entiendo que el pago se debe hacer a la hora de recibir el servicio.
- o Entiendo que la CDCD puede aumentar las tarifas anualmente a medida que nuestros gastos de operación aumentan.
- o Doy consentimiento para recibir evaluaciones dentales y tratamiento por parte del personal y voluntarios de la Clínica Dental del Condado Douglas.
- o Entiendo que debo proporcionar datos verdaderos y completos a la hora de llenar formularios.
- o Entiendo la importancia de mi historial médico y afirmo que he proporcionado toda la información que pueda tener un impacto en mi tratamiento. Entiendo que no proporcionar datos verdaderos y completos sobre mi salud puede tener un efecto adverso en el tratamiento y puede resultar en complicaciones indeseadas. Le informaré al dentista o higienista de cualquier cambio en mi salud o en medicaciones en cada cita antes de que comience el tratamiento.
- o Entiendo que la Clínica Dental del Condado Douglas no es responsable por ningún gasto incurrido fuera de los servicios que se me proporcionen, tales como visitas de urgencia al hospital, medicamentos o materiales.
- o Entiendo que un adulto debe acompañar a menores de 18 años de edad y debe permanecer en la clínica durante la cita.
- o Entiendo que si no llego dentro de 15 minutos de la hora de la cita, es posible que tenga que hacer otra cita.
- o Si pierde una cita sin llamar, nosotros cancelamos las otras citas que tiene.
- o Entiendo que la clínica me puede despedir permanentemente. Las razones pueden incluir más no se limitan a lo siguiente:
  - o Citas perdidas sin haber avisado con 24 horas de anticipación
  - o Comportamiento amenazante o abusivo
  - o No seguir los consejos del dentista que se me ha dado para beneficio de mi salud
  - o No proporcionar información verdadera y completa
  - o No mostrar a o cancelando sin aviso de 24 horas, una cita con un proveedor a que te referimos.
- o Entiendo que el despido significa la negación de servicios futuros en la Clínica Dental del Condado de Douglas . Vamos a pasar sus archivos a otra oficina en su solicitud y puede proporcionar tratamiento de emergencia por 30 días después de que se emitió el despido .
- o Doy mi consentimiento para que se compartan mis datos de salud con otros proveedores de servicios de salud según sea necesario para facilitar mi tratamiento
- o Entiendo que la ley requiere que el personal de la Clínica Dental del Condado Douglas reporte sospecha de abuso infantil o adulto, incluyendo negligencia o abuso emocional, físico o sexual.
- o Doy mi consentimiento a análisis de sangre en caso que un miembro del personal de la Clínica Dental del Condado Douglas sea expuesto a mi sangre o fluidos corporales. La Clínica Dental del Condado Douglas accede a pagar por los análisis requeridos. Los análisis serán hechos por el laboratorio que la Clínica Dental del Condado Douglas elija.
- o He leído las declaraciones anteriores y las entiendo o alguien me ha clarificado lo que no entendía. Accedo a los terminos prescritos aqui y proporciono voluntariamente datos acerca de mi mismo para poder recibir tratamiento.
- o **Doy mi consentimiento para la evaluación dental y el tratamiento por parte del personal y los voluntarios de la Clínica Dental del condado de Douglas, incluyendo estudiantes de odontología y estudiantes de higiene dental.**

### ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**\*\*You May Refuse to Sign This Acknowledgement\*\*/\*\*Tiene el derecho de negarse a firmar esta constancia\*\***

I have been made aware of this office's Notice of Privacy Practices. A copy is available on the clinic's bulletin board for me to read./Se me ha hecho consciente el aviso de esta oficina de prácticas de privacidad. Una copia está disponible en el tablón de anuncios de la clínica para leer.

I wish to allow the following individual(s) access to my protected health information. I understand that I can revoke this at any time in writing to Douglas County Dental Clinic./Deseo para permitir lo siguiente(s) persona(s) el acceso a mi información de salud protegida. Entiendo que puedo revocar esta en cualquier momento por escrito a la Clínica Dental del Condado de Douglas.

\_\_\_\_\_  
Name / Nombre Relationship / Relacion Phone # / # de telefono

\_\_\_\_\_  
Name / Nombre Relationship / Relacion Phone # / # de telefono

\_\_\_\_\_  
{Signature/Firma} {Date/Fecha}

---

### For Office Use Only / Solamente para uso oficial

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, 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)

## Convenio Financiero de CDCD

1. Política Financiera
  - a. Pacientes que tienen seguro dental:
    - i. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros no formamos parte de ese contrato. Como una cortesía hacia usted, nos complace ayudarle a obtener los beneficios adecuados de su aseguradora. Sin embargo, la responsabilidad de entender sus beneficios individuales y de hacer pagos en su cuenta es suya.
    - ii. Con respecto a los planes de seguro en los que somos un participante, cobramos los co-pagos y deductibles antes de o a la hora del tratamiento.
    - iii. Con respecto a los planes de seguro en los que **NO** somos participantes, cobramos los estimados (presupuesto) antes de o a la hora del tratamiento y cualquier saldo será cobrado posteriormente.
    - iv. En algunos casos, las aseguradoras eligen pagar beneficios alternativos al tratamiento que se complete e imponen límites de frecuencia en procedimientos que su dentista le pueda recomendar. En esos casos, usted es responsable por los gastos que su aseguradora no cubra.
    - v. Aún si tiene cobertura doble, es posible que le corresponda pagar una porción del gasto.
  - b. Pacientes que no tengan seguro dental:
    - i. Los pacientes que no tengan seguro dental deben pagar en total los servicios que reciban por anticipado o a la hora de recibirlos.
    - ii. Coronas y tratamiento del conducto del nervio: Se requiere pago del 50% a la hora de programar la cita. Si el paciente no llega a la cita, cancela o reprograma la cita antes de un día laboral, este pago se pierde. El saldo se debe a la hora del tratamiento.
2. Póliza de cancelación
  - a. Requerimos aviso de cancelación de un día laboral de anticipación.
  - b. Pacientes que falten a su cita sin avisar perderán cualquier otra cita que hayan programado y están en riesgo de ser despedidos permanentemente.
3. Póliza de cobro
  - a. Cheques sin fondos que sean devueltos por el banco están sujetos a una nómina de servicio de \$20.
  - b. Pacientes que tengan un saldo a pagar no podrán programar más citas hasta que lo hayan pagado.
4. Confirmación de lectura
  - a. Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios y limitaciones de mi aseguradora.
  - b. Entiendo que algunos de los servicios que mi dentista recomiende, incluso radiografías, fluor, revisiones, sellantes, podrían estar sujetos a límites de frecuencia dictaminados por la aseguradora. Entiendo que soy responsable por el costo de estos servicios en caso que mi aseguradora no lo cubra.

*Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover o tarjetas de débito. Con gusto le responderemos cualquier pregunta sobre su plan de seguro y nuestras pólizas de pago.*

AL FIRMAR, CONFIRMO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO LA PÓLIZA FINANCIERA, PÓLIZA DE CANCELACION Y PÓLIZA DE COBRO DE LA CLINICA DENTAL DEL CONDADO DOUGLAS Y QUE SOY LA PERSONA RESPONSABLE PO LA CUENTA DE ESTE PACIENTE.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o paciente o tutor o partido autorizado: \_\_\_\_\_