**INFORMACION Y POLIZAS DEL PACIENTE**

**(Por Favor Lea Antes De Firmar)**

Nuestra misión en la Clínica Pública Dental de Wilkesboro es proveerle la más alta calidad en el cuidado dental. Es por eso que nosotros requerimos que usted nos ayude siguiendo las pólizas que hemos implementado en nuestra oficina.

**SEGURIDAD Y MANEJO DEL PACIENTE:**

* **UNICAMENTE EL PACIENTE QUE VAYA A RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL PUEDE ESTAR EN EL CUARTO DE TRATAMIENTO**  Que incluye miembros de la familia o servicio de animales.
* Ningún niño(a) menor de 12 años puede quedarse solo en la sala de espera sin la supervisión de un adulto.
* Niños y adultos deben Ser respetuosos con las instalaciones y con los demás que esperan en la sala de recepción.

**HIGIENE ORAL:**

* A cada paciente se le ensenara la manera apropiada de cepillarse los dientes, usar el hilo dental y otras técnicas preventivas. Los pacientes deben cepillarse los dientes antes de venir a las citas.

**CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES:**

* Una **CITA PERDIDA** es cuando no da aviso de por lo menos 24 horas por adelantado o si no llega a su cíta.
* **UNA VEZ QUE USTED FALTA A DOS CITAS DENTALES, USTED NO PODRA RECIBIR OTRA CITA.**
* ***Las cancelaciones se deben hacer por lo menos 24 horas por adelantado*** o será considerada como una cita perdida.
* ***Una llegada con retraso de más de 10 minutos puede resultar en una cita perdida*** y tiene que cambiar la cita a otro día.

**MEDICAID, OPCION DE LA SALUD (HEALTH CHOICE), COBERTURA DE TERCEROS, PAGO POR SI MISMO O DESCUENTO:**

* Tarjeta de seguro y cualquier pago (si es aplicable) es requerido a cada visita.
* Para los pacientes que pagan por sí mismos, **LA PRUEBA DE INGRESOS** se requiere en la primera visita y anual.
* **UN MINIMO ES REQUERIDO** en cada visita para poder recibir otra cita.
* Usted tendrá que pagar por este tratamiento si es que su seguro no cubre.
* Cuentas pendientes sin pago tendrán 3 meses o 90 días para hacer un pago o para hacer arreglos de pago. Si ningún pago es recibido, al paciente se le puede enviar una carta de despido hasta que se reciba el pago.

**CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO:**

* Podemos estar limitados en los servicios que podemos proporcionar y que usted puede tener necesidades que no se puedan resolver en nuestra oficina. Nosotros le ayudaremos, al mayor de nuestras capacidades, a encontrar un consultorio dental, pero es su responsabilidad recibir o continuar el tratamiento. Copias de los expedientes serán remitidas a otro dentista por petición escrita del paciente.
* La Clínica de la Salud Dental de Wilkes no puede asegurar la responsabilidad continua del cuidado dental del paciente si su condición financiera cambia, o por falta de conformidad con la clínica (Denegación de las radiografías o tratamiento recomendado por los doctores, citas perdidas, llegar tarde a las citas, paciente que no coopera, o no seguir las instrucciones del personal dental). Después de la consulta, será la responsabilidad del paciente asegurar cuidado dental en otra oficina dental.

**CONSENTIMIENTO:** Yo, el que firma abajo, siendo el paciente (Padre/guardián legal si es menor de edad) doy el consentimiento para efectuar los procedimientos decididos basados en la necesidad o recomendados en la opinión del dentista. Yo requiero y autorizo a la Clínica de la Salud Dental de Wilkes hacer el tratamiento.

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

**Firma del paciente/ Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**