

## Póliza y Procedimientos de la Clínica Dental de LLCHD

**Favor de leer, inicial delado de cada sección y firmar al final de la forma para verificar que ha leído, entendido, y da consentimiento de tratamiento, pólizas, y procedimientos de la Clínica Dental de LLCHD:**

\_\_\_\_\_ Debe presentar pruebas de ingresos, dirección actual, e información de contacto actual (número de teléfono de casa y/o número de celular) antes de recibir tratamiento en la Clínica Dental.

- ◆ Pruebas de ingresos debe ser presentada en 24 horas, o serán cobrados el monto completo por servicios dentales hasta que las pruebas de ingresos sean presentadas.
- ◆ Información reportada falsamente o retener información puede resultar en despido de la clínica dental.
- ◆ Debe notificar a la clínica dental si usted o algún miembro de su familia tiene algún cambio de dirección o número de teléfono.
- ◆ Debe ser residente de Lincoln o del Condado de Lancaster para ser visto en la clínica dental.
- ◆ Estudiantes de colegio que sean pacientes actuales o estudiantes en colegio con niños pueden ser vistos en la Clínica Dental para cuidados dentales de rutina.
- ◆ Deben de informar a la Clínica Dental si usted o algún miembro de su familia recibe cobertura dental por aseguranza privada o Medicaid.

\_\_\_\_\_ Pagos por servicios dentales son esperados al momento de los servicios, al no ser que haiga hecho algún otro arreglo con la Gerente de la Oficina Dental.

- ◆ Pagos por los servicios dentales son esperados prontamente para mantenerse en buen estado con la clínica dental.
- ◆ Usted es responsable de pagar el balance en su cuenta independientemente de ser elegible para Medicaid, aseguranza dental, o al no recibir un estado de cuenta debido a un cambio en dirección.

\_\_\_\_\_ Usted y/o los miembros de su familia deben llegar a su cita programada.

- ◆ Favor de llegar 15 minutos antes con su tarjeta de Medicaid (si aplica) y una lista reciente de sus medicamentos.
- ◆ Padres o tutor legal deben acompañar a cualquier niño de 18 años o menor.
- ◆ Llegar más de 15 minutos tarde para su cita puede que resulte en que usted o su familia no reciban tratamientos dentales por falta de tiempo para completar el tratamiento, o su cita ha sido dada a otro cliente.
- ◆ Si usted o su familia no pueden asistir a su cita deben notificar a la Clínica Dental para cancelar la cita previa y no desperdiciar citas o recursos.

\_\_\_\_\_ Dos tipos de rellenos son usados para rellenar caries en los dientes localizados atrás de la boca, rellenos de amalgama de plata y rellenos de resina compuesta (blanco).

- ◆ El dentista determinara y conversara con usted o su tutor legal para ver cual tipo de relleno es el mejor para tratar las caries. La selección del material de los rellenos es basada en la locación de la carie, el tamaño de la carie, el tamaño del relleno, la gravedad de la decadencia en el diente en la boca, la fuerza con la que muerde con los dientes del lado opuesto, la habilidad de mantener el área seca cuanto estén poniendo el relleno, costo, y que el relleno pueda sostener el desgaste, la presión o daños con el tiempo.
- ◆ Entiendo que todos los materiales en los rellenos tienen posibles riesgos, potencialmente pueden fracasar o tener resultados fallidos y puede que no tenga los resultados deseados o esperados.

\_\_\_\_\_ Pacientes dentales que han fallado a 3 citas programadas en el periodo de un año serán despedidos de la clínica dental y no serán elegibles para utilizar los servicios de la Clínica Dental.

- ◆ Citas falladas son: 1) no asistir sin aviso previo 2) Cita canceladas con menos de 24 horas de aviso con excepción a enfermedad o emergencias que son identificadas por nuestro personal o 3) llegar más de 15 minutos tarde a su cita programada.

Para preguntas o dudas, favor de informar a un miembro de nuestro personal o un dentista. Una copia firmada de esta forma será retenida para nuestros récores dentales. Si desea una copia de esta forma para su información, favor de informar a un miembro de nuestro personal. Gracias.

---

Nombre del Padre o Tutor Legal	Firma del Padre o Tutor Legal	Fecha	Testigo
--------------------------------	-------------------------------	-------	---------